# PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Arevalo, C., Couso, M., Prieto, G., Rossi, M. y otros (2011). Temas de Psicopatología: Semiología.

## En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resumen
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!
Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes

**Arevalo, C., Couso, M., Prieto, G., Rossi, M. y otros (2011). Temas de Psicopatología: Semiología.. Montevideo: Psicolibros Waslala**

## Introducción

La psicopatología es un campo heterogéneo de discursos y prácticas. Coexisten en su seno discursos provenientes de las psiquiatrias, psicologias, psicoanalisis, neurociencias, entre otros.

Como primera aproximación podemos entender **a la psicopatología como el estudio de las enfermedades en su amplio sentido, en tanto procesos o estados "anormales" de causas conocidas o desconocidas.**

Desde su sentido etimológico podemos definir a la psicopatología como el saber del campo del sufrimiento del alma, del acontecer psíquico, etc.

En la modernidad, los modos de entender la locura han estado atravesados por las ideas prevalentes de la época, a saber: la idea de progreso y la fuerza atribuida a la razón. Y es cuando la ciencia construye sus grandes relatos explicativos, con la aspiración totalizante del sentido. Lo loco es entonces, por excelencia, lo privado de razón.

Las posturas más relevantes entorno a la etimología de la locura podemos agruparlas en 3 grandes criterios, que con otros desarrollos ulteriores perviven hasta la actualidad:

1) **La psicogénesis:** considera que la causalidad de la enfermedad mental es de orden psíquico, buscándose las perturbaciones en las funciones psíquicas, tales como: la memoria, la conciencia, el pensamiento, etc. En suma, se discriminan los signos y síntomas de las áreas semiológicas a indagar.
2) **La organogénesis:** promulga la etiología orgánica de la enfermedad mental, buscando por ejemplo las lesiones, la insuficiencia o el desequilibrio orgánico. Desarrollos ulteriores de está postura los encontramos en la teoría de la localización cerebral, entre otras.
3) **La sociogénesis:** considera que la explicación de la causación de la enfermedad mental se sostiene en las relaciones entre el sujeto y la sociedad, entiende por tanto que la enfermedad mental es el resultado de "acciones eficaces que la sociedad ejerce sobre los individuos a través de sus instituciones, de sus normas, de sus valores".

Las nomenclaturas o clasificaciones se desarrollan desde los síntomas y signos que, agrupados, conforman entidades nosológicas, y estas a su vez tienen diversas presentaciones y subdivisiones conformando un sistema clasificatorio.

Un signo es el lenguaje no verbal de la cara, el cuerpo y la voz, que a menudo es difícil de controlar. Por ejemplo: arrastra los pies

### Las clasificaciones actuales

Dentro de una clasificación, existen síndromes y síntomas diferenciados y clínicamente significativos.

El diagnóstico de un síndrome implica:

- **Un síndrome** es una agrupación de signos y síntomas que aparece temporalmente en forma recurrente en muchas personas. Por ejemplo el síndrome depresivo.
- **Un trastorno** puede hacerse visible gracias a la presencia de un síndrome, la pauta de rasgos conductuales (por ejemplo trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo de causa exógena)
- **Un síntoma o signo único**, por ejemplo la dispareunia funcional indica la base orgánica del trastorno.

Existen síndromes conductuales o psicológicos o pautas de signos o síntomas relativamente distintos y clínicamente significativos.

La existencia de pautas conductuales o de un síndrome se asocia a:

- Malestar subjetivo
- Incapacidad (alteración de una o más áreas funcionales)

Supone una alteración en algún área (bio, psico o social).

**Salud, enfermedad, normalidad**

No podemos considerar a la salud mental como una disciplina única, sino que la entendemos bajo la categoría de transdisciplina o campo, ya que necesita de un cuerpo teórico y práctico que si bien se circunscribe a un conocimiento y una práctica singular; su condición es análoga al objeto que describe: su objeto es en sí mismo complejo, incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales.

La salud, por su parte, es un conjunto de capacidades bio-psico-sociales, pudiendo ser de un sujeto o bien de un colectivo, la misma es entendida como una capacidad de los seres vivos que se conserva aún en la enfermedad y se expresa en capacidades biologicas, psicologicas y sociales, que no pueden aislarse de la vida cotidiana.

Está definicion nos aporta la multidimensionalidad y la posibilidad de comprender al sujeto sufriente, no exclusivamente desde la enfermedad, lo que nos permite, más allá de lo grandilocuente de su sintomatología o de lo poco esperanzador del pronóstico, intentar apostar a aquellos aspectos más sanos que aún puedan subsistir y sobre todo como producto de su histórica única y singular y no dejarlo atrapado en la etiqueta que lo homogeneiza con un conjunto de pacientes, de enfermos iguales.

## La entrevista en el hospital psiquiátrico

El encuentro con el paciente psiquiátrico hospitalizado, es generalmente para los estudiantes, fuente de una mezcla de fantasías y afectos encontrados, que suponen una movilización especial en todos los integrantes del grupo.

La entrevista pretende arrojar luz sobre un fragmento de vida del sujeto. El resultado de la misma será siempre parcial, puesto que la información recogida será incompleta, y habrá que seguir completando en futuros encuentros.

**Especificidad del encuentro**
La entrevista se desarrolla en un contexto peculiar, donde se conjuga lo didáctico con la exploración psicopatológica. Es decir que su condición de “didáctica” tiene consecuencias que la hacen específica.

Pensamos que el tipo de entrevista que mejor se adapta a la situación, es la entrevista “semidirigida”, es decir, aquella en la que se combinan elementos de la entrevista abierta y de la cerrada: preguntas generales para que el sujeto despliegue lo que desee y pueda y preguntas cerradas que consideremos útiles para indagar los síndromes que pensamos podrían estar en juego.

El estudiante intentará seguir determinados objetivos, que tienden a explorar determinadas áreas semiológicas de la personalidad del paciente, a efectos de llegar a entender que le está pasando y por que está hospitalizado, entre otras cosas.

La entrevista es la herramienta por excelencia para el abordaje de una situación clínica. Entrevistador y entrevistado interactúan en el encuentro. Constituye un corte transversal en la vida del sujeto que implica comprender la situación desencadenante que motivó el ingreso al hospital psiquiátrico, así como tratar de explorar elementos de su personalidad previa.

**Objetivos de la entrevista**
Entre muchos otros objetivos, se trata de reconocer sintomatología y pensar lo patológico como un proceso que se da en una persona en un momento dado, y que dicha enfermedad no está separada de la historia de esa persona.

**¿Cómo explorar las diferentes áreas semiológicas?**

**Conciencia:** el grado de lucidez de un paciente se relaciona con la claridad y la nitidez del campo de la conciencia. Se indaga con preguntas tales cómo: ¿sabe qué día es hoy? ¿En dónde estamos?. Esto es: indagar la orientación en tiempo y espacio, quien es, y si puede articular su presente con su pasado y proyectarse al futuro. Si el paciente no puede dar cuenta de estos datos básicos, tendremos que plantearnos la posibilidad de una alteración grave de la conciencia.

**Pensamiento:** tenemos que recabar datos que den cuenta de las características generales del pensamiento (pobreza, riqueza, concretud, abstracción, lógico, mágico, etc). Así como del contenido: que tipo de ideas pueblan la mente del paciente: delirantes, sobrevaloradas, de muerte, eróticas, fóbicas, obsesivas, etc. Y de los aspectos formales del mismo (sintáctica, semántica, ritmo, etc).

**Afectividad:** no es sencillo definir conceptos tales como estado de ánimo, afecto, emoción, sentimiento. Más allá de las distintas definiciones o terminologías utilizadas por los diferentes autores, sabemos que es fundamental estar atentos a la variación de los estados emocionales del paciente durante la entrevista, ya que nos brinda una muy valiosa información sobre su funcionamiento psíquico y sobre ciertas enfermedades mentales. En cuanto a las cualidades de los afectos, es necesario poder dar cuenta al menos de algunas

características como de la intensidad de los mismos, de la estabilidad, y de la congruencia o no con el discurso.

**Pragmatismos:** son las conductas que engloban el comportamiento del sujeto en su cotidianidad. Las conductas basales o simples, son las relacionadas con la higiene, la alimentación y el sueño. Es imprescindible indagarlas, ya que suelen estar alteradas en los pródromos de las descompensaciones de cuadros tanto psicóticos como fronterizos o neuróticos. Las conductas complejas, en cambio, son las relativas al trabajo, la sexualidad y los vínculos, que se exploran con la misma minuciosidad que las conductas basales.

**Posentrevista**
Una vez finalizada la entrevista, el paciente es acompañado a la sala por el entrevistador o por algún compañero del grupo. En este trayecto, se puede preguntar al paciente cómo se sintió, que le pareció el encuentro, etc. Es habitual que en está instancia los pacientes brinden información que no se animaron a dar frente al numeroso grupo de estudiantes. Así como también en ocasiones, el entrevistador puede “devolver” algo al paciente de lo que ha compartido con los estudiantes.

Asimismo es relevante sondear cuál fue la resonancia afectiva que el paciente imprime en el grupo. Todos estos son elementos que nos brindan datos semiológicos y aportan elementos para pensar hipótesis diagnósticas.

## Semiología de las conductas

Cuando prestamos atención a las conductas de un sujeto, estamos prestando atención a su **hacer**, a su modo de existir. De alguna manera procuramos acercarnos al **ser**, al sujeto en sí, a través de su hacer.

**Conducta:** a pesar de las distintas definiciones que se han hecho sobre la conducta, lo que nos va a interesar a nosotros son *todas las manifestaciones del ser humano que fueren pasibles de ser observadas. Pero también, a efectos del estudio psicopatológico, nos interesa tanto saber lo que hace el sujeto, como lo que no hace.* Nos interesa, entonces, tanto el fenómeno en sí, como el fenómeno del no fenómeno.

**Sentido de la conducta**
Un fenómeno observado, al tiempo que es un signo que produce una persona y nos habla de está, también es un signo que adquiere un significado puntual de acuerdo a la personalidad que lo produce, la historia vital del sujeto y el contexto.

Entre las variables que intervienen en la manifestación de las conductas estarán las características de la voluntad en la acción. Diferenciar entre el carácter premeditado o impulsivo de una conducta será de importancia. Tendrá un significado diferente, desde nuestra perspectiva, que una acción sea planificada, a que sea resultados de una pulsión inconsciente irrefrenable.

En este sentido, podemos entender a la conducta como la síntesis del sujeto mismo en un momento dado. Es justamente lo que nos permite realizar un movimiento integrador entre el hacer y el ser.

**Lo normal y anormal en las conductas**
El tema de lo normal es muy complejo, y cuando nos adentramos en este podemos ver que la normalidad responde, mayormente, a criterios subjetivos y culturales. Lo normal en una cultura, puede ser anormal en otra, o inclusive anormal en esa misma cultura en otro momento histórico.

Otro aspecto relevante es, también, que no todo comportamiento por ser aceptado culturalmente, debería a los ojos de la ciencia ser admitido en forma automática como normal. Por contraparte, no todo comportamiento resistido por la cultura, debería ser tenido por está misma ciencia, como anormal.

A la hora de entrevistar un paciente, es importante valorar la individualidad del sujeto y la originalidad de su particular existencia. Puesto que siempre hallaremos conductas normales para la sociedad y otras normales para la originalidad de ese individuo específico. Es de suma importancia, en ese sentido, poder indagar sobre cómo vive el sujeto sus propios actos, ya que la forma en que lo vive nos da una información valiosa a la hora de pensar en la calidad de vida del mismo.

No se trata entonces de aplicar arbitrariamente nuestra idea de normalidad a un sujeto, sino de entender a la persona en sus valoraciones. Esto, sin resignar el mantenimiento de una cierta “lógica de la realidad y la salud mental”, que nos resguarden de caer en un relativismo que termine siendo perjudicial para el propio paciente.

Por último, con respecto a la idea de normalidad y anormalidad, nos gustaría referirnos en forma muy breve al criterio situacional y al criterio evolutivo. Sobre lo primero, agregar la idea que se debe tener presente la situación específica en la que suceden los actos. Nuestro espectro de comportamientos es bastante más amplio que lo que tenemos presente a diario y a veces las circunstancias hacen emerger comportamientos valorados socialmente, tanto como otros rechazados.

Sobre lo segundo, sobre el criterio evolutivo, es importante hacer hincapié que muchas conductas pueden ser normales en determinada etapa evolutiva y anormales en otras. No hay límites exactos en este sentido, ya que se trata de un continuum de desarrollo.

**El conocimiento de las conductas**
Acceder a las conductas de un individuo plantea algunas dificultades, dado lo amplio de las mismas. No solo debemos tomar lo que el paciente nos muestre, sino también lo que nos relate, y lo que nos puedan aportar distintos actores de su entorno como:

- Familiares o amigos
- Acompañantes terapéuticos si hay
- Personal de enfermería o asistentes sociales
- etc

Toda la información sobre los logros del paciente, nos dará pautas sobre sus conductas, habilidades y rasgos de personalidad. Son de particular relevancia las que conciernen a la esfera laboral y académica. También la información de pareja, familia y la participación en grupos. En está línea, todo dato sobre el pasado de la persona, es importante analizarlo en

relación a su actualidad. Esto ayudará no solo a establecer mejor el diagnóstico, sino también su pronóstico y el tipo de tratamiento más eficaz.

## Conductas basales

Son aquellas que se relacionan predominantemente con el área corporal, como el sueño, la alimentación y las funciones excrementicias.

**Sueño:** el dormir es ante todo una función fisiológica, que permite el descanso corporal y mental. La homeostasis humana necesita de la alternancia de sueño y vigilia, como proceso circadiano, para tener un equilibrio saludable.

**Alteraciones del sueño:** el insomnio y las hipersomnias son los trastornos del dormir poco y con dificultad por un lado, y el dormir mucho por otro. Las parasomnias por su parte, refieren mayormente a comportamientos que se dan en el sujeto dormido, como si este estuviera despierto.

- **Insomnio:** puede ser una manifestación de ansiedad, de alto estrés e inclusive estar anunciando un caso de pacientes con psicosis, una reagudización. La falta de sueño se da por ejemplo en las crisis maníacas, siendo el insomnio un elemento inicial que nos debe alertar, cuando se trata de una persona con antecedentes previos de crisis maníacas. A su vez, el insomnio es parte del síndrome melancólico.
- **Hipersomnia:** se puede asociar como una expresión de apatía y desinterés por el mundo externo o como forma evitativa. No solo implica dormir por largos periodos, implica también experimentar durante el día, periodos de somnolencia con dificultad para mantener el estado de vigilia.
- **Parasomnias:** son actividades propias del estado de vigilia, como hablar, pararse y caminar, saludar, buscar objetos e incluso orinar que el individuo realiza estando dormido. Son estados disociativos en los cuales estando en un sueño profundo, el sujeto no es consciente de estos actos.

**Conductas asociadas**

A la hora de indagar sobre el sueño, es importante no perder de vista los aspectos contextuales del mismo.

**Alimentación:** si bien comer es un acto básico para nuestra supervivencia y de aparente simpleza, cuando existen desafíos al equilibrio psicológico de una persona, el mismo tiende a presentar alteraciones en su natural ejecución.

Un hecho característico de los cambios en la alimentación, está dado por el rechazo a los alimentos. Por ejemplo, en la adolescencia, la pérdida de apetito puede referir a preocupación por la imagen corporal, ser un síntoma depresivo o inclusive resultado de la propia forma de organizarse del adolescente.

No solo es importante indagar el aumento o disminución de peso que se haya producido en los últimos tiempos, sino también asociar esas variaciones a cambios en otros aspectos.

Un elemento a tener en cuenta es la combinación con la alteración en el sueño, lo cual nos ayuda a plantearnos si estamos ante un cuadro depresivo.

**Trastornos de alimentación**

- **Anorexia nerviosa:** se caracteriza por una restricción alimentaria que tiene por objeto la disminución del peso corporal. No implica una disminución del apetito, sino una preocupación por no engordar y disminuir de peso, que pone en juego el rechazo a comer y que puede ir acompañada de cierta hiperactividad. Se da mayoritariamente en mujeres adolescentes y jóvenes. Conlleva una distorsión de la imagen corporal. Quienes sufren este trastorno tienen un peso corporal inferior a la mínima normal para su edad y altura.
- **Bulimia nerviosa:** se caracteriza por el comer en forma compulsiva alimentos en cantidades muy superiores a lo que las demás personas comerían en una ingesta. Esto tiene como segundo movimiento el establecimiento de conductas destinadas a compensar está ingesta y evitar la ganancia de peso. Lo más común es la provocación del vómito, pero también hay personas que tras estos atracones, toman laxantes o hacen ejercicio físico. Por lo general hay una sensación de pérdida de control, también cierta vergüenza y sentimiento de culpa. No es inusual por tanto, que la persona trate de ocultar está situación y a veces pasan años sin tratamiento.
- **Hiperfagia:** implica el consumo excesivo de alimentos, de acuerdo a la propia necesidad y a un patrón cultural general de consumo. La conducta debe ser reactiva a situaciones estresantes o traumáticas y deben dar como resultado la obesidad del sujeto.

**Otras consideraciones sobre la alimentación**

Cuando indagamos en la vida de un paciente, ver el lugar de la comida y su conexión con las relaciones familiares y sociales es un dato relevante.

**Funciones excrementicias**

- **Enuresis:** se define como la emisión activa, completa y no controlada de orina transcurrida ya la edad de madurez fisiológica.
- **Encopresis:** es análoga a la enuresis pero refiere a la materia fecal.
- **Coprofagia:** refiere a la ingesta de la propia materia fecal

Un primer punto a establecer cuándo estamos ante encopresis o enuresis de adultos, es si se trata de un hecho neurológico, una conducta inconsciente o una conducta voluntaria. Entre las situaciones claramente inconscientes podemos citar la enuresis nocturna de adultos. La misma constituye una parasomnia que nos hace pensar en una etiología psicopatológica del fenómeno.

## Conductas complejas

**Pragmatismos ocupacionales**

Lo ocupacional incluye tanto los estudios como la actividad laboral. Es importante, a su vez, conocer la evolución de las actividades de la persona y no solamente que hace en la actualidad.

Será importante en referencia a los estudios, conocer no solo el nivel de instrucción formal alcanzado sino también cómo fue este desarrollo. Particular atención se deberá prestar a la

repetición de años, ya que las mismas pueden tener causas y/o consecuencias psicológicas.

En referencia a lo laboral, también será importante conocer el desarrollo de la persona en este campo. Las dificultades para mantener y/o conseguir trabajo pueden tener causalidad psicológica.

Es muy importante entender cómo ha sido la historia laboral de una persona con trastornos mentales graves, ya que a partir de ese desarrollo previo se podrán establecer objetivos de rehabilitación.

**Pragmatismos sociales**

Refieren a la capacidad para relacionarse con las diferentes personas de nuestros distintos círculos de interacción. Implican un saber actuar y comportarse, así como una capacidad de empatía para establecer vínculos, sean de amistad, pareja o de convivencia regular o transitoria. Implican aplicarse a la vida tanto de cooperación como de competencia, en el relacionamiento con los otros, siguiendo los usos sociales de su cultura.

La dificultad en los pragmatismos sociales disminuye las posibilidades de ser un participante activo de la sociedad.

Indagar sobre la vida de relación de un sujeto, nos dará elementos de su personalidad así como también puede estar marcando puntos de quiebre de estos pragmatismos.

Dentro de los pragmatismos sociales, constituir una pareja estable es un factor muy importante. Nos habla de una mayor capacidad de empatizar y a su vez de la posibilidad de salir de una postura egocéntrica y adaptarse a funcionar con otro.

**Relacionamiento familiar:** sienta las bases del relacionamiento social general. Los vínculos familiares ofrecen el modelo bajo el cual una persona establece sus otros vínculos. Sean un modelo a imitar o evitar.

Debemos indagar tanto los aspectos históricos del relacionamiento familiar, como el funcionamiento actual de la familia.

Generalmente se indaga por los antecedentes psiquiátricos de la familia, ya que estadísticamente se ha establecido una cierta vulnerabilidad genética con respecto a ciertas patologías. Estos datos son importantes, pero es además muy importante conocer cómo vive el sujeto y cómo convive con su familia. Esto nos da una pauta de sus relacionamientos, sus conflictos y su nivel de autonomía.

**Pragmatismos sociales en la actividad regular y transitoria**
La capacidad de un sujeto para operar socialmente en circunstancias de la vida cotidiana es un tema de relevancia, al cual no siempre le prestamos la debida atención. Nos habla de un criterio de funcionalidad en sociedad, más allá del establecimiento o no de relaciones permanentes.

Indagar si el sujeto puede hacer un trámite, ir a una reunión o asistir al cine, nos habla de su personalidad y de qué tan afectados estan sus pragmatismos sociales.

Los investigadores que trabajan en el estudio del estrés hacen hincapié en prestar especial atención a las estrategias de “coping” (afrontamiento) de los individuos. Pensar en cómo alguien resuelve una situación, nos ofrece otra perspectiva de su ser.

## Cuidado personal

Dentro del cuidado personal prestaremos atención tanto a los aspectos relacionados con la higiene, como a aquellos que denoten preocupación por lo propio. Al referirnos a lo propio, incluimos tanto los aspectos de salud física, como los relacionados con las actividades del sujeto.

La falta de higiene personal, falta de baño, mal olor, suciedad en la ropa, se ven muchas veces en cuadros de esquizofrenia como parte del ensimismamiento del sujeto.

La observancia del arreglo en el pelo y en los dientes también nos da la idea del cuidado personal. En algunos pacientes esquizofrénicos el descuido de las piezas dentales es notorio y puede inclusive ser discordante con un pelo engominado y mucho perfume.

Indagar sobre cuáles conductas son las habituales con respecto a la higiene y estética, nos pueden mostrar tanto la existencia de aspectos impulsivos (cambios extremos de tintura, cortes sorpresivos a mano propia, maquillaje en extremo llamativo, etc), como cierta distorsión de la imagen corporal.

Por el contrario, la higiene de una persona, cuando es extrema y sobrepasa la lógica preocupación por estar limpio, nos estará hablando de aspectos obsesivos. No es de extrañar que el propio paciente tenga conciencia de lo exagerado de sus medidas, pero que al mismo tiempo manifieste la imposibilidad de controlarse y la existencia de temores relacionados al no cumplimiento del acto de lavarse u otro. Estas situaciones se pueden ver en pacientes neuróticos obsesivos.

**Accidentes**
Los mismos no deben ser pasados por alto en la indagación ya que nos pueden aportar elementos clínicos valiosos en referencia al estado mental del sujeto en ese momento, sus aspectos impulsivos y la integración del hecho a su vida.

Si bien no debemos olvidar, que lo aleatorio es frecuentemente razón de accidente, muchas veces los mismos estan sostenidos en distracciones o actos, relacionados con motivaciones inconscientes para el sujeto.

## Sexualidad

Debemos considerar primero la identidad sexual del paciente y segundo, la actividad sexual propiamente dicha.

**Parafilias**
Actualmente el DSM 4 presenta una categorización diagnóstica de las parafilias, basado en la existencia tanto de impulsos o comportamientos sexuales, como la existencia de fantasías que engloban tres aspectos:

a) objetos no humanos
b) humillación y sufrimiento propio o de la pareja
c) niños u otras personas que no consienten

Las parafilias más frecuentes de acuerdo al DSM 4 son:

- **Exhibicionismo:** implica mostrar los genitales a una persona extraña
- **Fetichismo:** es la excitación con objetos no animados. La masturbacion es un elemento central del fetichismo
- **Frotteurismo:** refiere a la excitación buscada en frotar los genitales contra el cuerpo de personas extrañas. Tiene su predominancia en la adolescencia
- **Pedofilia:** son relaciones sexuales de personas adolescentes o adultas con niños prepuberes. Esto implica una utilización del niño. Pudiendo haber desde conductas contemplativas con masturbacion, hasta penetracion vaginal o anal
- **Masoquismo sexual:** el individuo logra excitación a través de experimentar sufrimiento.
- **Sadismo:** es la contracara del masoquismo. La excitación sexual surge de la humillación o sufrimiento causado al otro.
- **Fetichismo transvestista:** consiste en usar ropa de mujeres y proceder a la masturbación excitado por el mismo como objeto sexual. Parecería ser específico de varones heterosexuales
- **Voyeurismo:** la excitacion surge de la observacion de personas teniendo relaciones sexuales o estando desnudas.

Es importante tener presente, que muchas veces un sujeto puede presentar más de una parafilia. A su vez, deben distinguirse de las parafilias, las conductas sexuales dentro de una relación sexual normal.

**Disfunciones sexuales**
Refieren a situaciones donde el funcionamiento de la relación sexual se ve alterado, no permitiendo la realización de la misma o dificultando la experimentación de placer.

## Otras conductas a tener en cuenta

Dentro de la semiología de las conductas, son de particular interés aquellas actitudes y reacciones del individuo que atentan en forma directa o indirecta contra la integridad de sí mismo o de los demás.

**Conductas autoagresivas**
Entendemos éstas como aquellas en las que el individuo incurre y causa daño, dolor o mal de algún tipo, a si mismo. La conciencia sobre estos actos y la voluntad en su ejecución son factores a ser indagados.

**Intentos de auto-eliminacion y suicidio:** sobre el hay una serie de mitos, dentro de los cuales figura la erronea creencia popular, que quien expresa que se va a suicidar, no lo hara. Siempre que un paciente manifiesta intención o la idea de suicidarse, aunque ésta sea vaga, debemos tomarlo en cuenta.

No hay que desestimar los intentos y simplificar diciendo que son “llamados de atención”. Deberíamos preguntarnos, sobre qué se quiere llamar la atención, prestar atención al sufrimiento subyacente del sujeto y tener presente, que muchas veces estos intentos terminan concretandose “exitosamente”.

**Conductas parasuicidas:** otras conductas a tener en cuenta son las parasuicidas, que implican conductas donde el individuo realiza acciones que lo pueden llevar a  la muerte. No media una voluntad consciente. Característico de esto es el manejo imprudente, consumo abusivo de sustancias, deportes extremos, conductas sexuales de riesgo, etc.

**Consumo de sustancias:** será importante determinar si los pacientes presentan un consumo problemático, entendiendo a este como un consumo que le provoca problemas en cualquier área: laboral, académica, relacional, familiar, física.

Cuando una misma persona presenta problemas de consumo y trastornos mentales severos, estamos ante lo que llamamos patologías mixtas o duales. Estas situaciones de comorbilidad son altamente complejas, dificultan los aspectos diagnósticos, complican la adherencia a tratamientos y son de pronóstico difícil.

**Conductas heteroagresivas**
Refieren a aquellas en las que el individuo incurre y causan daño, dolor o mal de algún tipo, a otras personas o a la sociedad en su conjunto.

Un factor fundamental es la existencia o no de sentimientos de culpa por el daño causado a otros.

## Observaciones finales

El estudio de las conductas es importante para establecer un diagnóstico acertado, pero más allá de esto, nos permite entender el funcionamiento de una persona en distintas áreas de su vida.

## Psicopatologias: características

### Esquizofrenia

**Laboral:** lo laboral va a estar marcado por un bajo rendimiento, debido al pobre nivel energético y a la posible desorganización.

**Higiene:** La falta de higiene personal, falta de baño, mal olor, suciedad en la ropa, se ven muchas veces en cuadros de esquizofrenia como parte del ensimismamiento del sujeto.

En algunos pacientes esquizofrénicos el descuido de las piezas dentales es notorio y puede inclusive ser discordante con un pelo engominado y mucho perfume.

En las mujeres y en los jóvenes en particular, el cuidado del pelo también es un punto muy importante que nos da información. Indagar sobre cuáles conductas son las habituales con respecto a la higiene y estética, nos pueden mostrar tanto la existencia de aspectos impulsivos (cambios extremos de tintura, cortes sorpresivos a mano propia, maquillaje en extremo llamativo, etc), como cierta distorsión de la imagen corporal. La “extravagancia” puede estar marcada por un intento desajustado de estar bien vestido o de seducir. La misma nos remite a la esquizofrenia.
**Sexualidad:** la falta de deseo sexual puede ser indicativa de retracción esquizofrénica. La identidad sexual puede estar perturbada en pacientes esquizofrénicos y tender a ser una preocupación.
**Intentos de auto-eliminacion y suicidio:** algunos pacientes esquizofrenicos realizan intentos, pero estos algunas veces presentan caracteristicas bizarras y poco practicas. Muchas veces son movidos, por sentimientos depresivos asociados a la percepción del propio quiebre existencial.

**Pragmatismos sociales:** los pacientes con esquizofrenia muchas veces transcurren sus días centrados en sus pensamientos, lejos del contacto con el otro. El enclaustramiento se da en forma frecuente. La vida de relación queda muchas veces en la mínima expresión.

### Ansiedad

**Higiene:**La onicofagia (comerse las uñas) es una conducta que está asociada a la ansiedad.
Las personas con trastornos de ansiedad, no es raro que presenten preocupación por alteraciones del sueño, problemas digestivos, palpitaciones, arritmias.
**Sexualidad:** con respecto a las disfunciones sexuales, en el hombre la falta de erección o erección no completa pueden ser indicativos de ansiedad. Otras disfunciones tienen como eje la dificultad en el orgasmo (tanto femenino como masculino) y en la eyaculación precoz. Estas situaciones pueden darse por elementos de ansiedad.

**Pragmatismos sociales:** hay personas que mantienen relaciones estables con pares, familias o pareja, pero que también presentan dificultad en asistir a reuniones o inclusive a entrar a una tienda de ropa. Esto nos puede estar hablando de un trastorno de ansiedad generalizada.

### Depresión

**Sexualidad:** la falta de deseo sexual puede ser indicativa de estados depresivos
**Intentos de auto-eliminacion y suicidio:** los intentos de auto-eliminacion en la historia de vida de un sujeto nos pueden estar hablando de cuestionamientos existenciales o de estados depresivos. En los adultos mayores, muchas veces los intentos son largamente planeados y estan motivados por estados depresivos asociados a la percepción de la propia pérdida de capacidades.

### Neurosis obsesiva

**Higiene:**La higiene de una persona, cuando es extrema y sobrepasa la lógica preocupación por estar limpio, nos estará hablando de aspectos obsesivos. No es de extrañar que el propio paciente tenga conciencia de lo exagerado de sus medidas, pero que al mismo tiempo manifieste la imposibilidad de controlarse y la existencia de temores relacionados al no cumplimiento del acto de lavarse u otro. Estas situaciones se pueden ver en pacientes neuróticos obsesivos.
**Sexualidad:** la aversion al sexo, que implica un rechazo activo a las relaciones sexuales, puede etar relacionados con rasgos obsesivos o fobias especificas, donde lo que se rechaza en ultima instancia son elementos especificos como fluidos corporales

**Conductas autoagresivas:** los actos compulsivos de los obsesivos, como lavarse las manos exageradamente o morderse los dedos, pueden resultar en lesiones menores.

### Melancolía

**Higiene:**El desgano general, característico de la melancolía, conlleva una pérdida en el cuidado personal y en la higiene.
**Intentos de auto-eliminacion y suicidio:** hay que tener especial cuidado en la melancolia y estar atentos durante los periodos de mejoria. Un revés en está mejoría puede llevar al individuo a tener un impulso suicida.

### Demencias

**Higiene:**En las demencias se ve bastante desarreglo y falta de higiene. Esto no solo atañe al baño, sino también a la forma de comer, dormir o inclusive a otras áreas como los cuidados higiénicos necesarios ante resfriados, diarreas, etc.

**Accidentes:** las dificultades en la memoria inmediata, en la fijación del recuerdo, llevan al sujeto a olvidos que se tornan peligrosos. Algunas veces, las dificultades en aceptar las limitaciones llevan a la persona a realizar actos difíciles para ella. Aparece una actitud oposicionista ante indicaciones del entorno, realizando tareas que doctores o familiares le han indicado no realizar.

### Disforia de género (disconformidad por la diferencia existente entre su género biológico y el que siente como propio)

**Sexualidad:** El vestirse con ropa característica del otro género es uno de los elementos clínicos más comunes en la población con disforia de género. Ademas hay otros elementos como los getos, el pelo u objetos asociados al otro sexo, como carteras, etc, asociados al otro genero, que tendremos en cuenta. No es de extrañar que el paciente haga referencia expresa a su disforia de género.

No son importantes experiencias aisladas de travestimos. El trastorno debe estar presente por al menos dos años para considerarse tal y no deben haber anormalidades en la presentación física o genética (hermafroditismo).

**Crisis maniacas**

**Accidentes:** serán de particular interés los accidentes que de alguna manera comprometen la integridad física de sí mismo o de su entorno. En la indagación pueden aparecer accidentes donde el sujeto no valoró los riesgos en sus actos o fueron resultado de su exaltación del humor. En estos casos pensaremos en posibles crisis maníacas.

**Psicóticos**

**Conductas autoagresivas:** el daño corporal auto-infringido responde muchas veces al resultado indirecto de experiencias delirantes, donde el sujeto actúa de acuerdo de su delirio.

De acuerdo a Pardo (2007) un paciente con síntomas psicóticos tiene serias dificultades en diversas áreas: deterioro en el cuidado personal, problemas con la familia, consumo de sustancias psicoactivas, victimización por parte de terceros, sobre todo en la calle, eventual peligro para terceros, etc.

**Pragmatismos sociales:** la tendencia al autismo, a la retracción social pautaran un antes y un después en los pragmatismos sociales. Si bien en las historias de los pacientes psicóticos, una cierta introversión y retracción se encuentran comúnmente en el carácter previo a la irrupción de la enfermedad, una vez que esta se manifestó, dicha retracción se consolida y llega a extremos.

**Antisocial**

**Conductas heteroagresivas:** los rasgos del antisocial, lo llevan a no tener empatía por las víctimas de sus actos, los cuales igualmente puede entender como injustos o agresivos para con los demás.

## Conciencia: definición y consideraciones generales

### El campo de la conciencia como área semiológica

Definiciones de conciencia hay varias y muy diversas, por lo que resaltaremos los aspectos que entendemos hacen a la conciencia como área semiológica, para así describir sus alteraciones.

Un sujeto posee una adecuada capacidad de personificación, es decir la organización de la experiencia inmediata en el aquí y ahora, en la medida que a lo largo de la entrevista logra dar cuenta de los siguientes aspectos:

- Orientación autopsíquica: sabe quien es
- Orientación alopsíquica: reconoce el entorno
- Orientacion temporo espacial: se ubica en relación al tiempo y al espacio
- Capacidad de discriminar y mantener separadas sus vivencias internas de las representaciones que constituyen la realidad externa y compartida
- Capacidad para dar cuenta de la vivencia de continuidad entre las experiencias pasadas, las del presente y las de sus proyectos hacía el futuro

Frente a la alteración de alguno o de todos estos niveles plantearemos que nos encontramos frente a un trastorno de conciencia.

### Campos de la conciencia y normalidad

La conciencia normal atraviesa diversos estados que van, en sus extremos, desde la vigilia hasta el dormir:

- **Lucidez del campo de la conciencia:** se considera que un sujeto se presenta lúcido cuando es capaz de distinguir con claridad ante sí mismo lo que piensa, sabe, desea, sus acciones y vivencias. Una primera condición de esto es la vigilia, sin la cual no es posible que se den estos procesos. Un sujeto se presenta lúcido cuando es capaz de reconocer y reflexionar sobre problemas, teniendo como consecuencia la posibilidad de registrar y recordar posteriormente lo vivido.
- **Fases parahipnicas:** en los momentos de pasaje hacía el despertar o la conciliación del sueño, en la fases hipnagógicas (conciliación del sueño) o hipnopómpicas (despertar) se produce una desestructuración de la conciencia que en estados normales puede presentar ilusiones y alucinaciones que son breves y de baja intensidad.
- **Sueño:** implica la suspensión de la conciencia acompañada de una resolución del tono muscular

### El campo de la conciencia y sus alteraciones

Las alteraciones de la conciencia y las perturbaciones del estado de conciencia no solo se dan por causas muy distintas, como una conmoción cerebral, efectos tóxicos o reacciones psíquicas anormales, sino que también se dan en sujetos sanos, en el dormir y soñar, o en estados hipnóticos.

Los pacientes con trastornos de conciencia, en general tienen dificultades para reconstruir y contarnos lo que les sucedió.

**Alteraciones de la conciencia y las patologías agudas o crónicas**

La organización patológica de **ser consciente** implica patologías crónicas como la psicosis, la neurosis o las agenesias de la personalidad. Se entiende por **crónico** una organización estable, durable, en algunos casos progresiva, que modifican profundamente la existencia, es decir el sistema relacional del sujeto con el mundo y consigo mismo.

Por otra parte las alteraciones del **campo de la conciencia** se refiere a las desestructuraciones de dicho campo, que se observan en los estados de agudeza, por lo que estas desorganizaciones se pueden observar tanto en reagudizaciones de las patologías crónicas como en patologías agudas. Se entiende por **agudo** aquel estado transitorio o crisis, que contrasta con el comportamiento habitual del paciente, que se caracteriza por su variabilidad en las distintas áreas semiológicas y remisión espontánea.

**Psicopatología del campo de la conciencia**

**Los trastornos de conciencia:** si bien existen múltiples alteraciones del campo de la conciencia, distinguiremos entre ellas los llamados trastornos de conciencia, caracterizados por su relación con cuadros nosográficos particulares.

**Trastornos de conciencia confusional (estados confuso-oníricos)**

Se pueden distinguir la confusión que se presenta a nivel de la conciencia del delirio onírico que se presenta a nivel del pensamiento.

**La confusión:** se caracteriza por la disolución más o menos completa de la conciencia, trastocando profundamente la percepción de la realidad. En los estados de confusión es imposible organizar las perspectivas temporo-espaciales, observándose una importante desorganización temporo-espacial. Los acontecimientos se dan sin espacio ni tiempo, todo lo que el sujeto manifiesta es de una violencia separada de la realidad. El paciente se presenta como sonámbulo, embolado, extraviado, su desorientación auto y alopsíquica no le permite contestar como se llama, su edad, dónde vive, no reconoce a sus familiares, etc.

Este tipo de trastorno de conciencia es el que pueden tener las personas mayores cuando se pierden dentro de la casa.

La experiencia confusional presenta carácter amnésico, una vez reincorporado al presente, el sujeto ha perdido todo recuerdo de las escenas oníricas vividas, lo vivido no es retenido y no podrá ser recordado.

**Delirio onírico u onirismo:** generalmente se encuentra asociado a la confusión mental. Las imágenes que se le presentan al sujeto son caóticas y vividas como una película incoherente, con una importante intensidad afectiva, con emociones de ansiedad, terror, cada vivencia se impone con un realismo indiscutido, por falta total de juicio. Lo llevan a tener expresiones psicomotoras (agitación). Delirios místicos, eróticos, de terror. Posibles alucinaciones cenestésicas, visuales, auditivas. El sujeto frecuentemente relata, a medida que va viviendo, y es casi siempre posible entrar en su propia experiencia por medio de la comunicación del examen clínico.

Las hipótesis diagnósticas frente a un cuadro que presenta un trastorno confusional, deben apuntar en primer lugar a una patología orgánica, como un cuadro degenerativo por demencia o un tumor cerebral, o por intoxicación alcohólica. También se deben tener en cuenta otros factores endógenos como problemas en el metabolismo.

**Trastornos de conciencia oniroide (estados oniroides)**

Se define por la incapacidad del sujeto de mantener separado su mundo interno, sus vivencias internas del mundo compartido, de la realidad. Las barreras que permiten distinguir entre el adentro y el afuera se vuelven más permeables, quedando la realidad invadida por las vivencias del sujeto. El sujeto se entrega a ciertas fantasías, e injerta en la realidad de su medio una verdadera “ficción vivida”, siempre incomprensible al espectador, por tanto el acontecer de la experiencia delirante se desarrolla en un espacio intermedio entre el mundo interno y el externo.

Está experiencia vivida es pasible de ser retenida por la memoria del sujeto, porque, a diferencia del confuso, estas experiencias no estan separadas radicalmente de la existencia.

El paciente varía entre estados de lucidez y perplejidad, oscila entre la captación de la vivencia delirante y una aparente lucidez. De este modo, los pacientes pueden encontrarse correctamente ubicados temporo-espacialmente hasta llegar a momentos de confusión.

La atención varía entre estímulos externos e internos vividos como externos. Presencia de alucinaciones. Tiene formas angustiosas, expansivas e imaginativas y formas con síndromes de despersonalización o de interpretación.

Constituyen episodios delirantes agudos o reagudizaciones de delirios crónicos.

En situación de entrevista, si encontramos que el paciente presenta una semiología agrupable en un trastorno de conciencia de tipo oniroide, nos plantearemos la hipótesis de una **psicosis delirante aguda,** o un cuadro delirante crónico como por ejemplo una esquizofrenia paranoide, parafrenia, entre otros.

**Trastorno de conciencia ético-temporal**

Es el grado de menor desestructuración del campo de la conciencia. Se caracteriza por la desorganización de la conciencia por su componente afectivo, encontrándose trastocada en su temporalidad, no en el sentido cronológico del tiempo, sino en su posibilidad de ubicarse en lo vivido.

Está dado por una dificultad de ubicarse en la situación de aquí y ahora, de vivirse como un continuo en relación con su historia pasada y su capacidad de proyectarse hacía el futuro. El sujeto queda atrapado en una situación del pasado, con un afecto depresivo **(melancolía)**, o en una proyección del futuro, con una exaltación del humor **(manía).** Por ejemplo, un paciente que está atravesando una crisis de manía, cuando se le pregunta por su infancia responde: “la semana que viene hacemos un asadito en casa y ahí les muestro todas las fotos que quieran”.

El componente ético refiere a la dialéctica entre el deseo y el deber, existiendo según la patología, una predominancia casi absoluta de un aspecto sobre el otro:

- **El paciente maníaco** se libra a todas las actividades que le resultan placenteras, para él no existen obstáculos, borrando todas las distancias con el futuro que aparece como actual. Deseo desenfrenado.
- **La melancolía** sumerge al sujeto en el pasado, el remordimiento y la culpa por lo que debería haber hecho, o lo que hizo mal. Detiene el tiempo en su pasado. Este pasado está aquí como una obsesión, en la que se coagula toda posibilidad de transformación y de cambio.

## Memoria, atención y lenguaje

La memoria, la atención y el lenguaje se caracterizan por ser conscientes (por momentos), aprendidas y modificarse en el curso de la vida. Forman parte de un conjunto de fenómenos psíquicos (percepción, imaginación, lenguaje, sentimientos, humor, etc) que constituyen el campo de la conciencia, es decir, la experiencia actual vivida.

Entendemos que pese a tener una base orgánica, no siempre se reducen a una pura acción de diversas estructuras del SN, sino que se encuentran comprendidas dentro de la complejidad psíquica.

## Memoria

La memoria es fundamental para establecer la continuidad del yo en el tiempo, para poder vivenciar el sentimiento de sí mismo como un sujeto particular.

Para la actividad psíquica es fundamental la posibilidad de recordar, así como la posibilidad de olvidar para poder así dar lugar al dinamismo psíquico, hablamos aquí del olvido natural o normal.

### Semiología de las alteraciones de la memoria

**Alteraciones cuantitativas:**

- **Amnesia anterógrada (o de fijación):** es la imposibilidad de retener, fijar nuevos recuerdos luego del evento amnesiante
- **Amnesia retrógrada (o de evocación):** es la imposibilidad de evocar recuerdos previos al evento amnesiante
- **Amnesia antero-retrógrada o global:** afecta tanto la capacidad de fijación como la de evocación
- **Amnesias electivas o selectivas:** implican la pérdida de recuerdos o de conocimientos que se cree firmemente que se poseían, podemos dentro de ella diferenciar:
    - **Amnesia verbal o afasia**
    - **Amnesia visual o agnosia**
    - **Amnesia motriz o apraxia**
    - **Amnesia nominal u olvido de nombres**
    - **Amnesia lacunar** que refiere a la pérdida de recuerdos referidos a un periodo específico con mantenimiento de los recuerdos previos y posteriores

- **Amnesia psicógena:** de causalidad psíquica, en ella no se pueden recordar hechos pasados debido a una situación traumática o para obtener un beneficio.
- **Amnesia disociativa:** forma parte de las amnesias psicógenas y refiere a episodios de olvido de recuerdos personales importantes, generalmente vinculados a hechos traumáticos o estresantes
- **Amnesia masiva o generalizada:** implica el olvido de un tiempo largo de su pasado, es más raro que olvide todo su pasado

**Diferencias entre amnesias de origen orgánico y psicogeno**

| **Amnesias de origen orgánico** | **Amnesias de origen psicógeno** |
|---|---|
| Se evidencian otros síntomas cognitivos y conductuales de orden orgánico como demencias, psicosis confusionales o epilepsia | No se encuentran otros signos o síntomas de origen orgánico pero sí se pueden asociar otros de origen psicógeno aunque también pueden parecer normales y desempeñar las tareas correctamente. |
| Existencia de traumatismo craneal, generalmente no suele durar más de una semana | Se encuentra vinculada a sucesos traumáticos (generalmente es selectiva) y su duración es variable, suele estar relacionada con los beneficios que está conlleva |
| Puede asociarse a migrañas, crisis epilépticas o intoxicación por sedantes. El sujeto se preocupa por su falta de memoria, mantiene memoria de identidad, es común en personas entre 60 y 70 años | No se encuentran muy preocupados, hay pérdida de identidad, de memoria selectiva, y es más frecuente en personas entre 20 y 40 años |
| Existen amnesias de origen orgánico como la demencia donde no existe posibilidad de recuperar lo que se perdió | Generalmente la amnesia desaparece en forma abrupta y la recuperación es completa |

**Alteraciones cualitativas:**

- **Paramnesias:** falsificación del acto mnésico o distorsión del recuerdo
    - **Falsos reconocimientos:** afecta al reconocimiento y a la localización por lo que se genera la sensación de conocer a personas que no se conocen
    - **Fabulación o confabulaciones:** invención de recuerdos inexistentes para llenar “lagunas mnésicas”, es decir toma como auténticos los elementos de la fantasía y la imaginación
    - **Deja vu:** sensación frente a una situación nueva de ya haberla vivido, generalmente se acompaña de extrañeza

**Características de las alteraciones de la memoria en algunas patologías**

**Histeria:** excluye y reprime lo que no les es grato. Presenta amnesia de origen psicógeno que se puede relacionar con ventajas relacionadas con el olvido. Afectan casi siempre de forma retrógrada, llegando en algunos casos a ser totales

**Paranoia:** se caracteriza por lo preciso de los datos respecto a las fechas, lugares, acontecimientos, que son conservados de modo sumamente detallista, sobre todo si se encuentran relacionados con hechos vinculados a la temática delirante.

**Esquizofrenia:** llama la atención su capacidad para recordar con exactitud determinada información generalmente previa al desarrollo de la patología y que no aporta datos relevantes (hora del casamiento, etc), a la vez que la memoria se ve afectada debido a la alteración y deterioro global del pensamiento, lo que no le permite reconstruir en forma adecuada fragmentos de su vida que dan cuenta de quién es o de su historia

**Mania:** se ve aumentada la capacidad de evocación pero disminuye la capacidad de fijación

**Neuróticos, hipocondriacos:** su atención se encuentra centrada en temáticas afectivamente más importantes para el sujeto, lo cual genera la vivencia subjetiva de disminución de la capacidad de evocación.

**Melancolía:** debido a la inhibición psíquica general, la memoria suele presentar déficits, siento muy penosa la evocación, salvo en lo que refiere a los recuerdos dolorosos que se presentan con una fuerza inusitada (recuerdos de faltas infantiles que son vividos con la fuerza del presente), u otros hechos que por lo general son insignificantes fuera de la valoración patológica del sujeto

**Demencia:** la pérdida de memoria es uno de sus primeros síntomas, aspecto que en un principio el sujeto se afana por ocultar.

## Atención

La atención se define tanto como una capacidad, como una actitud mental, como un proceso psicológico mediante el cual el sujeto puede dirigir, centrar la actividad psíquica sobre un objetivo o estímulo. La concentración es la capacidad, exclusiva del ser humano, de mantener la atención sobre un foco de interés determinado y se caracteriza por ser voluntaria.

Estudiar la atención en forma aislada se hace particularmente difícil, ya que casi no es posible estudiarla en estado puro debido a que siempre está entremezclada con otros procesos psíquicos. Por ejemplo hay autores que plantean que no puede separarse de la percepción, ya que para orientarnos a un fin debemos percibirlo, asimismo es indivisible del estado de ánimo del sujeto (angustia, ansiedad, etc) y de su funcionamiento psíquico general (inteligencia, psicopatología, etc), también influye en el proceso de memorización, en tanto que si se encuentra alterada también alterará la memoria, y en los procesos de pensamiento, en la medida que permite la reflexión.

La capacidad de la atención depende tanto de fenómenos internos del sujeto (lucidez de la conciencia, voluntad, cansancio, etc) como de fenómenos externos (estímulos, novedad, etc).

**Semiología de las alteraciones de la atención**

El término “prosexis” proviene del griego y significa “volver la mente a la atención, dedicarse, estar involucrado”

- **Aproxesia:** falta absoluta de atención que solo se encuentra en los estados de sueño o en el coma
- **Hipoprosexia:** disminución de la capacidad para atender tanto para la atención voluntaria como involuntaria
- **Hiperproxesia:** aumento en la capacidad de atención involuntaria sobre la voluntaria, cambiando constantemente la dirección en función de los estímulos
- **Distraibilidad patológica:** implica mantener el mismo interés o grado de concentración en más de una idea
- **Hipermetamorfosis:** aumento de la atención espontánea sobre la voluntaria lo que tiene como consecuencia que el sujeto se desconecte de la situación que capta su atención, pero a diferencia de la hiperprosexia no es posible provocar su atención
- **Concentración disminuida:** incapacidad para orientar la atención voluntaria sobre objetos que son de interés para el sujeto

**Características de las alteraciones de la atención en algunas patologías**

**Mania:** presenta un aumento de la atención involuntaria, por lo que es captado por todos los estímulos tanto internos como externos. La atención voluntaria se encuentra prácticamente abolida. Este tipo de atención implica que la posibilidad de fijar información durante la crisis se vea deteriorada, con lo que el sujeto tiene una vivencia borrosa de lo que sucedió

**Melancolía:** la atención a estímulos, que no se encuentren relacionados a la temática melancólica, se ve disminuida. Se encuentra concentrado en temáticas que lo atormentan, es como si perdiera la capacidad de reaccionar más que a lo que lo preocupa.

**Estados de confusión:** se caracterizan por la dificultad en captar su atención, ya que está es tomada por distintos estímulos muchas veces imperceptibles para el entrevistador, se presentan indiferentes, atontados o ansiosos.

**Esquizofrenia:** como todos los procesos psíquicos que implican finalidad y direccionalidad la atención voluntaria se encuentra en déficit. Existen variaciones de la atención que por momentos se presenta como abolida (el sujeto parece no prestar atención, pero al preguntar ha recepcionado más datos de los que parecía); por otro lado puede presentarse sumamente atento a aspectos del entorno que puedan resultar persecutorios, o concentrarse solamente en la temática delirante que le ocupa.

**Neurosis obsesiva:** la atención voluntaria se puede ver afectada por la aparición de las ideas obsesivas que se le imponen al sujeto

**Neurosis:** se pueden encontrar olvidos de distinta magnitud, ya que es probable encontrar que el sujeto concentra su atención en los temas que le preocupan, disminuyendo la atención frente a estímulos externos

**Psicos delirantes agudas:** presentan hipoproxesia pero se muestran tomados por la vivencia delirante, la atención recae en aquellos estímulos vinculados a las alucinaciones y a otros estímulos endógenos, así como sobre sus estados de reflexión delirante. La alteración de la atención incide entonces en la capacidad de fijación por lo que luego presentan recuerdos semejantes a un sueño.

## Lenguaje

El lenguaje es un aspecto de la función semiótica en el que se maneja un código de signos arbitrarios que se combinan según leyes particulares estructuradas por la inteligencia. El ser humano tiene la capacidad innata de descubrir esas leyes, lo que le permite usar ese código para comunicarse con los demás miembros de su comunidad.

Es una de las manifestaciones por excelencia de la actividad psíquica, logrando a través de ella tener noticias del pensamiento. Si bien pensamiento y lenguaje se encuentran estrechamente unidos, no pueden reducirse el uno al otro, ya que cada uno mantiene una estructura particular.

### Semiología de las alteraciones del lenguaje oral

**Alteraciones de etiología orgánica:**

- **Disartria:** alteración en la articulación de las palabras
- **Dislalia:** alteración en la pronunciación de uno o más fonemas
- **Afasias**
- **Disfemia:** alteración en la emisión de las palabras sin alteración de los órganos de la expresión (tartamudeo, balbuceo)

**Alteraciones de etiología psíquica**

- **Disfonía:** alteraciones del tono y timbre de voz
- **Disprosodia:** pérdida o alteración de la melodía normal en el habla
- **Bradilalia:** discurso enlentecido como consecuencia de la lentitud de los procesos psíquicos (estados depresivos, melancolías, esquizofrenias, demencias)
- **Verbigeración:** repetición de frases o palabras que pierden finalidad pero que tienen un contenido afectivo inmediato y accesible. Se observa sobretodo en Melancolías y también en Esquizofrenias
- **Verborragia (con y sin coherencia):** aceleración del flujo del lenguaje (esquizofrenia, estados maniacos o hipomaniacos)
- **Mutismo:** silencio debido a diversas causas
- **Ensalada de palabras:** mezcla incoherente de palabras y frases (Esquizofrenia, cuadros de alteración de la conciencia, demencia)
- **Detallismo:** excesiva inclusión de detalles que implican un relato que si bien no pierde la finalidad es comunicado en forma trabajosa (estados de manía, epilepsias, obsesivos)
- **Gritos, vociferaciones:** se presentan en los estados de agitación (manía, confusión, crisis de cólera y oposición en las esquizofrenias)

**Alteraciones del lenguaje escrito**

- **Alexia:** pérdida de la capacidad ya adquirida de leer

- **Agrafia:** pérdida de la capacidad ya adquirida de escribir
- **Dislexia:** alteración en la adquisición del código lecto-escrito
- **Disgrafía:** dificultades en la adquisición de la escritura causada por daño cerebral

## Trastornos de la afectividad

Afecto y ánimo no son lo mismo. El afecto indica un sentimiento de mayor intensidad, en tanto que el ánimo implicaría un estado más sostenido y menos flexible.

La afectividad puede considerarse una actividad del psiquismo, tanto como pueden serlo la inteligencia o la percepción. Debe comprenderse el aspecto psicosomático de la misma. La vida afectiva origina contenidos singulares, estados comunicables y no comunicables, originales y que no pueden reducirse a otros procesos o estados.

Para Henry Ey (1965) la máxima interrelación entre el psiquismo y lo somático se manifiesta en la afectividad y solamente desde el punto de vista didáctico se podría dividir la afectividad en espacios independientes.

La psicopatología de la afectividad evalúa y analiza los aspectos emocionales y sentimentales del sujeto y además engloba diferentes funciones psíquicas tales como el estado de ánimo, las emociones, el humor, etc.

Algunos autores definen la vida afectiva como el conjunto de estados que el sujeto vive de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión verbal y no verbal (comunicatividad) y que se distribuyen en términos duales como alegría-tristeza, agradable-desagradable, etc. (polaridad)

1) La subjetividad es un componente esencial de los afectos, no es algo observable por los demás. Lo que se puede observar son las manifestaciones de esa experiencia a través de lo que el individuo comunica y expresa
2) La trascendencia es la ilusión recíproca que ejercen los afectos sobre otras dimensiones de la personalidad del individuo y sobre la orientación de su conducta
3) La comunicatividad es la influencia y participación de los afectos en la comunicación entre el individuo y el medio
4) La polaridad es la variedad cualitativa en que se manifiestan los afectos del individuo

### Aspectos conceptuales

La semiologia de la afectividad implicaría diferentes conceptos que serian utilizados de manera indistinta aunque remitan a diferentes funciones:

- **Emoción:** es un estado de respuesta afectiva interna acompañada de síntomas somáticos, que se producen en forma súbita como respuesta a una vivencia interna o externa, y que tienden a mantener o neutralizar el acontecimiento desencadenante. Por ejemplo miedo, angustia, alegría. Son sentimientos intensos, breves y de aparición abrupta.
- **Sentimientos:** son estados afectivos complejos, estables, duraderos y menos intensos que las emociones. Constituyen la experiencia subjetiva de la emoción,

presentan una mayor duración en el tiempo y no se acompañan de síntomas. Por ejemplo el amor, los celos, etc

- **Afecto:** es un sentimiento subjetivo que acompaña a una idea o a una representación mental. Consiste en la respuesta emocional del paciente en el momento presente, según puede inferirse por su expresión global. Refiere a cambios más fluctuantes que las otras funciones psíquicas. Por ejemplo, la tristeza, alegría, etc. El afecto puede o no ser congruente con el humor.
- **Humor:** estado emocional basal del sujeto; equivalente en la mayoría de las clasificaciones a estado de ánimo. Es la emoción sostenida y persistente que se experimenta de forma subjetiva y que puede ser observada por los demás.

Dentro de las clasificaciones actuales, el DSM 4 define los afectos como patrón de comportamientos observables que constituyen la expresión de las emociones experimentadas subjetivamente. Sería la respuesta emocional del paciente en el momento presente. El afecto puede o no ser congruente con el humor.

**Exploración de la afectividad**

Los afectos tienen siempre una vertiente subjetiva y otra objetiva (se producen en lo interno y se expresan en el mundo exterior).

La exploración psicopatológica de la afectividad se basará en datos subjetivos referidos por el paciente (sentimientos, estado de ánimo, emociones), sin obviar aspectos más objetivos (Apariencia externa, actitud, expresividad).

Además debe incluir datos psicopatológicos referidos a otras áreas relacionadas con la afectividad, como la psicomotricidad, funciones cognitivas o la exploración del curso y contenido del pensamiento.

Otros datos importantes de recabar es la presencia de síntomas somáticos que pueden acompañar al estado afectivo, tales como las alteraciones del sueño, la alimentación, etc.

## Alteraciones de la afectividad

**Trastornos psicopatológicos de los sentimientos de estado**

**Trastornos de los sentimientos de estado experimentados como próximos al cuerpo:**

- **Ansiedad:** trastorno de la afectividad que se presenta como un estado emocional desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos. Los cambios fisiológicos consisten en taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensaciones de debilidad, etc.
- **Tensión:** sentimiento de inquietud física.
- **Tristeza vital:** trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de pena, amargura, pesimismo, desesperación, decaimiento y abatimiento.
- **Alegría vital:** trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de alegría, optimismo, júbilo. Presenta una optimización exagerada, donde todo es posible de llevar a cabo con éxito, transmite una alegría que tiñe el ambiente y contagia a sus auditores.

**Trastornos afectivos de los sentimientos de estado experimentados como menos próximos al cuerpo:**

- **Euforia:** estado afectivo en el que el paciente vive un sentimiento exagerado de bienestar psicológico, no adecuado a la situación del momento
- **Afecto heboide:** estado afectivo que se caracteriza por una actitud de jugueteo, payaseo, falta de seriedad
- **Embotamiento o aplanamiento afectivo:** es la disminución de la capacidad de respuesta emocional. Bajo este término se entiende una deficiencia en la capacidad empática y de la modulación del afecto. Aparecen como fríos, indiferentes, indolentes, apáticos y se sienten distantes y lejanos. Este aplanamiento y lejanía del afecto pueden ser vividos tanto en relación con los demás como consigo mismo.
- **Apatía:** estado afectivo que se caracteriza por la ausencia casi total de la capacidad de respuesta emocional, tanto frente a sí mismo como frente al mundo que lo rodea.
- **Depresión:** es un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, que va desde la formulación de “yo estoy triste, molesto, afligido, desesperado” hasta un sentimiento interno indescriptible y horrible.
- **Ambivalencia:** estado afectivo que se caracteriza por la presencia simultánea de sentimientos opuestos
- **Irritabilidad:** estado afectivo que se caracteriza por una excesiva sensibilidad o excitabilidad frente a un sinnúmero de situaciones ante las cuales el paciente reacciona en forma impaciente, tenso y agresivo
- **Panico:** estado afectivo episódico en que el paciente vive una extrema, aguda e intensa ansiedad, con sentimientos de terror, síntomas autonómicos y deseos imperiosos de huir, acompañada de desorganización de la personalidad con gran menoscabo de la esfera cognitiva y total comando afectivo de la conducta
- **Pensamientos suicidas:** trastorno de la afectividad caracterizado por el deseo de no seguir viviendo a raíz de la pérdida de la capacidad de motivarse o entusiasmarse por la vida. Puede ir desde un estar hastiado de la vida, desear estar muerto y tener fantasias de inexistencia, hasta ideas autodestructivas, terminando en tentativas de suicidio

**Trastornos psicopatológicos de los sentimientos de valor**

**Trastornos de los sentimientos de valor, experimentados en relación con vivencias de la propia valía:**

- **Sentimientos de sobrevaloración:** es un estado afectivo habitualmente exaltado, el paciente siente que tiene capacidades por sobre lo habitual. Vive y expresa un elevado sentimiento de fortaleza y capacidad, en que se cree especial, confía en sí mismo en forma exagerada, se considera virtuoso, fuerte, sensato, etc
- **Sentimientos de minusvalía:** es un estado afectivo habitualmente depresivo, el paciente siente una desmesurada disminución de las capacidades psíquicas y físicas. Es un sentimiento de ser inutil, incapaz, indeciso, tonto e inescrupuloso. Pierde la confianza en sus capacidades en general.
- **Sentimientos de culpa:** es un estado afectivo habitualmente depresivo, el paciente siente remordimientos por acciones, pensamientos o actitudes pasadas, experimentando la necesidad de ser castigado por esto. Estos autorreproches son absolutamente desproporcionados en relación a los hechos objetivables.

- **Sentimientos de desesperación:** el paciente siente que ha perdido toda la esperanza, que su situación es dramática y no tiene ninguna solución.

**Trastornos afectivos de los sentimientos de valor experimentados en relación a vivencias del valor ajeno:**

- **Suspicacia:** desde un estado afectivo ya exaltado, deprimido o disforia, el sujeto siente, en un grado excesivo, que las actitudes, conductas y expresiones de los demás son apariencias que ocultan otra verdad en el fondo. Se vive una expectación negativa hacía los demás, que se traduce en una expresión de desconfianza
- **Hostilidad:** el paciente se muestra agresivo con los demás, poco cooperador, entorpecedor de la labor del entrevistador. Siente que el medio que lo rodea le es adverso y está en continua actitud de defensa y ataque.
- **Reticencia:** con un sentimiento de desconfianza extremo, el paciente se muestra abiertamente poco cooperador con el entrevistador. Ya sea desde mecanismos conscientes o inconscientes, adopta una actitud de reserva que puede ir desde evitar conversar ciertos temas, desviando la atención de su interlocutor, hasta el no emitir palabra, no realizar ningún gesto ni movimiento
- **Sensitividad:** estado afectivo caracterizado por molestia, irritabilidad y labilidad, como reacción frente a conductas, actitudes o verbalizaciones de los demás que el paciente siente como alusivas o provocadoras

## Semiologia de la percepción

La percepción es un complejo mecanismo psíquico que posibilita el conocimiento del mundo y del propio sujeto. Implica la recepción de información y sensaciones (sensopercepción), la organización comprensible de los datos y su significación (representación).

Distinguimos la noción de percepción de la de representación. La sensopercepción es un reflejo fiel del objeto y no depende de la voluntad, implica exterioridad y corporeidad. La representación depende de la voluntad, carece de corporeidad y exterioridad.

La sensación es el elemento básico para la posibilidad de percibir, entendemos por sensación al registro en la conciencia de la estimulación producida en cualquiera de los aparatos sensoriales, que de inmediato es conducida a la corteza cerebral.

La percepción tiene un estrecho relacionamiento tanto con el área de la conciencia, como con la atención, está sobredeterminada por está última, ya que para percibir es necesario atender.

En el complejo proceso de percibir estan involucradas las sensaciones, la evocación mnemónica, la asociación de ideas y el juicio de realidad.

Podríamos considerar que para cada elemento del mundo externo existen apreciaciones compartibles, consensuadas que coexisten con apreciaciones personales, dadas por las variantes que cada sujeto imprime a las elaboraciones perceptivo-comprensivas de lo que nos rodea. Asimismo cada sujeto conforma su cuadro perceptivo individual sobre sí mismo, desde el cual conforma su percepción en gran medida del mundo externo. Si en líneas generales coinciden las percepciones de sujetos distintos es precisamente porque su

actividad se desenvuelve en un marco de relaciones sociales que impone como criterios de verdad los parámetros que surgen de la práctica de esas relaciones.

**Alteraciones de la sensopercepción:**

**Cuantitativas**
**Alteraciones normales:**

- La concentración intensa puede generar sensaciones agudas inusuales: hiperestesia, agudeza visual. Esto puede evitar procesos sensoriales perceptivos de otra índole. Las alucinaciones negativas, por ejemplo.
- La estimulación insuficiente o excesiva de una modalidad sensorial, con demasiada intensidad pueden desembocar en distorsiones perceptivas en la mayoría de los sujetos.

**Alteraciones patológicas:**

- **Hipoestesia:** implica un retardo o disminución de la percepción. Por ejemplo, un sujeto deprimido percibe la ciudad gris, con tonalidades oscuras a pesar de que su capacidad visual este intacta.
- **Hiperestesia:** implica un aumento en las sensaciones y percepciones, en sujetos con una alteración del humor en más se observa está intensificación de las percepciones
- **Anestesia:** implica la imposibilidad de registrar emociones y percepciones
- **La abolición de la percepción** en general es producto de lesiones a nivel del SNC, provocando una apercepción psíquica: agnosia
- **Sinestesia:** alteración usualmente registrada por consumo elevado de marihuana y/o mescalina, es la sensación de la fusión de las modalidades sensitivas, por ejemplo registro visual de la música

**Cualitativas**
Las alteraciones cualitativas son las más consideradas en el estudio de la semiología

- **Anormalidades de la cualidad:** se trata de la extensión de determinado tipo de percepción a varios o a todos los demás ámbitos perceptivos. En el área de la visión se destaca la xantopsia o ceguera de los colores.
- **Anormalidades de la forma espacial:** dismegalopsias
    - **Micropsia:** los objetos se ven más pequeños o alejados
    - **Macropsia:** los objetos se ven más grandes
- **Distorsiones de la imagen corporal:** se entiende que la imagen corporal es una función de la autopercepción y la conciencia, conformada por componentes ideativos y perceptivos. Las alteraciones en la imagen corporal incluyen a las respuestas normales a una amputación (percepción del miembro fantasma), como síntomas de trastornos psiquiátricos:
    - **Anosognosias:** negación de partes corporales
    - **Hemiagnosias:** negación de la mitad del cuerpo (izquierda)
    - **Prosopagnosia:** agnosia para rostros humanos
- **Pseudopercepciones:** son las malinterpretaciones de estímulos u objetos, existentes o no, con representaciones mentales más o menos definidas:

- **Ilusiones:** se definen como la percepción falseada o deformada de un objeto real. Cuando la ilusión no es criticada por el juicio del sujeto pasa a ser un fenómeno patológico. Pueden producirse en cualquier órgano sensorial.
- **Percepción delirante:** consiste en la falsacion del significado de una percepción existente.
- **Alucinaciones:** son percepciones sin objeto. Refiere a una íntima convicción de una sensación actualmente percibida, cuando ningún objeto exterior propio para excitar está sensación está al alcance de su sentido. Por ejemplo, los pacientes esquizofrénicos pueden presentar alucinaciones olfativas o gustativas, en general vinculadas a los temores de envenenamiento.

**Síndromes predominantemente alucinatorios**

1) **Síndrome de automatismo mental:** está centrado sobre la producción espontánea, involuntaria y, en cierta manera mecánica de impresiones, ideas, recuerdos que se imponen a la conciencia del sujeto a pesar suyo. Se caracteriza por ser anideico: fenómenos alucinatorios puros sin contenidos delirantes.

   El síndrome incluye al **Gran Automatismo Mental,** que está compuesto por:

   - **Alucinaciones ideoverbales:** se trata de la presencia de alucinaciones acústicas objetivadas en el espacio; alucinaciones psíquicas o transmisiones del pensamiento. Usualmente las voces tienen contenido amenazador, a veces neutrales, raramente benévolas.

Incluyen:
- Enunciación, comentario de actos y del pensamiento
- El robo y la adivinación del pensamiento
- Ilusiones y extrañeza del pensamiento, de ideación impuesta, de telepatía
- etc

- **Alucinaciones sensoriales y sensitivas:** incluye alucinaciones parasitarias psicosensoriales, visuales, cinestésicas, que irrumpen como fenómenos sensoriales “puros”
- **Alucinaciones psicomotoras:** incluye manifestaciones cenestésicas, ya sea en el aparato fonador, ya sea en los miembros; sensación de imposición de actos y/o posturas, etc

**El pequeño automatismo verbal:** incluye el eco del pensamiento, el robo y la adivinación del pensamiento y el comentario e imposición de actos

2) **Síndrome de influencia:** se trata de una vivencia de influencia, en la cual el paciente está sometido a comunicaciones, a comando a distancia del pensamiento impuesto exteriormente. Se le adivina, se le roba, se le impone el pensamiento.
3) **Síndrome de Cotard:** síndrome delirante con ideas de condensación, de inmortalidad, con negación de órganos y/o percepción de putrefacción de los mismos. Característico de la melancolía delirante.

## Semiologia del pensamiento

**Pensamiento normal:** se refiere al flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigido a un objetivo o idea directriz, iniciado por un problema o tarea, lo cual conlleva a arribar a una conclusión orientada hacía la realidad. El pensamiento es normal cuando las asociaciones y la utilización de símbolos se efectúan de una manera lógica.

La función del pensamiento es tramitar y resolver estímulos, a través de una lógica asociativa, con una cadencia y una secuencia no interrumpida.

Es finalista y con contenidos adecuados a la realidad.

En la semiologia del pensamiento tenemos en cuenta los siguientes aspectos:

- La **forma** del mismo
- Su **curso**
- Su **contenido**
- La **claridad o coherencia**
- La **riqueza**

## Alteraciones formales del pensamiento (Alteraciones en su forma)

Las alteraciones formales del pensamiento estan estrechamente vinculadas a las del lenguaje, ya que son funciones íntimamente ligadas.

**Alteraciones sintácticas:**

- Fragmentación de las frases
- Reducción elíptica de las oraciones
- Desorden de los elementos constitutivos de la oración
- Ensalada de palabras o esquizoafasia

Evidencian, a nivel del pensamiento, una pérdida de la secuencia lógica y una carencia de las ideas directrices que lo regulan.

**Alteraciones semánticas (o de significado)**

- Neologismos
- Paralogismos
- Glosolalia

Consisten en una alteración del significado de las palabras o de las figuras del discurso. Se presentan en la **esquizofrenia**. En lo relativo al pensamiento evidencian un corte con la realidad compartida y en el contacto interpersonal. La presencia de neologismos y paralogismos implica un pensamiento que deja de construirse en contacto con los otros, que pierde los significados compartidos. El sujeto queda encerrado en su propio universo hermético, ininteligible.

**Alteraciones de ilación**

- **Trastorno de ilación o asociativo**

Un primer nivel de análisis del pensamiento consiste en determinar si está presente un trastorno en la asociación de las ideas.

El pensamiento adecuadamente organizado posee **ideas directrices** que comandan las secuencias asociativas. Posee una **finalidad** y una **intencionalidad** que lo hace comprensible al interlocutor. Estas ideas directrices nos permiten seleccionar entre lo que consideramos fundamental y lo accesorio, apartando esto último. Al expresar una idea a través del lenguaje surgen una serie de asociaciones accesorias que necesariamente son apartadas en pos de la claridad de lo que queremos expresar.

Está función puede estar alterada en diversos grados. En grados normales de fatiga, por ejemplo. Pero también existen alteraciones patológicas de la asociación de ideas, donde vemos que el pensamiento cambia constantemente de idea rectora, lo cual equivale a decir que ha perdido su capacidad de organizarse en función de una idea directriz.

Es así que surgen las asociaciones por contigüidad, por contraste, por semejanza o asonancia (palabras que suenan parecido) y se pierde la finalidad comunicativa, lo cual en un grado máximo implica que se torne incomprensible.

El trastorno en la asociación de ideas lo vemos en la **manía**, debido a la aceleración del pensamiento, y en la **esquizofrenia** debido al oscurecimiento del pensamiento.

La **circunstancialidad** a nivel del discurso pone en evidencia una alteración a nivel del pensamiento. Este presenta asociaciones estrechamente ligadas que alcanzan su objetivo, no perdiéndose la idea directriz, pero haciendo un largo rodeo a través de detalles irrelevantes. Es característica del pensamiento del **obsesivo.**

En la **disgregación** el pensamiento se oscurece al punto de volverse impenetrable. Se presenta en la **esquizofrenia**. La expresión del pensamiento a través del lenguaje ha perdido sus ideas directrices, su finalidad comunicativa en el vínculo intersubjetivo. Está se aprecia, sin embargo, en pacientes lucidos.

**Alteraciones del curso del pensamiento**

1) **Ritmo:**

- **Taquipsiquia:** acelerado
- **Bradipsiquia:** enlentecido

**Aceleración del pensamiento**

- **Fuga de ideas o taquipsiquia:** es característica de la **manía.** El paciente se presenta extremadamente locuaz, verborreico. Las ideas fluyen con gran velocidad y el paciente siente una imperiosa necesidad de expresión. Las ideas se enlazan a través de asociaciones superficiales, generalmente por asonancia, similitudes.

Generalmente el discurso puede ser comprendido por el entrevistador. La aceleración del curso del pensamiento puede darse en otros cuadros de excitación: parafrenia expansiva, alcoholismo, etc.

**Enlentecimiento del pensamiento**

- **Bradipsiquia:** implica el enlentecimiento en el curso del pensamiento. Se observa fundamentalmente en los cuadros depresivos. El paciente puede presentar una latencia en la respuesta, es decir, demora en responder debido a la inhibición que presenta. El paciente deprimido generalmente presenta dificultad para pensar y concentrarse. El pensamiento se empobrece y se torna monótono, produciéndose una polarización de las ideas en función de las constelaciones afectivas de tonalidades depresivas.

  Hay distintos grados de enlentecimiento del pensamiento, los grados mayores del mismo se observan en la **melancolía**, donde la inhibicion es muy marcada, pudiendo llegar al grado máximo del estupor.

2) **Continuidad:**

- **Interceptación:** característica de la **esquizofrenia**, es una interrupción en el curso del pensamiento, retomando el paciente su discurso con una idea que no guarda relación con la anterior.
- **Incoherencias**
- **Discurso inentendible**

**Alteraciones del contenido del pensamiento**

En este nivel se encuentran las ideas, las cuales alteran o afectan en alguna medida el pensamiento, pero no todas poseen un carácter patológico.

A través del conocimiento que vamos adquiriendo del mundo y de nosotros mismos, vamos construyendo ideas y a su vez nos expresamos a través de ellas. Es decir, el origen de estas ideas se produce a través de la vivencia de la realidad, lo cual a su vez nos van a permitir ir constituyendo el juicio de la realidad.

Este juicio de realidad es el que nos permite ir construyendo nuestras ideas normales, nuestro capital ideativo. Si se produce un trastorno en el proceso de ideación, surgen entonces las llamadas ideas patológicas.

El capital ideativo normal se produce cuando la vivencia de la realidad es correcta y por lo tanto se producirá un juicio normal de realidad.

Si el juicio de realidad es erróneo, entonces las ideas que se construyan a partir de dicho momento, serán desviadas.

Existen ideas normales (concretas, abstractas, mágicas, creencias, intuitivas, sobrevaloradas), ideas patológicas e ideas delirantes.

**Dentro de los trastornos a nivel del contenido del pensamiento o los trastornos en la ideación (o también llamadas ideas patológicas) se observan:**

- **Ideas hipocondriacas:** tendencia a una excesiva preocupación por la propia salud, sin basamento orgánico real; sino que efectúan interpretaciones no realistas o anormales, de los signos físicos o de las sensaciones
- **Tendencia o preocupación del pensamiento:** concentración del pensamiento en torno a una idea concreta, en general vinculada a un componente afectivo, dentro de está podrían ubicarse las preocupaciones suicidas y homicidas o la tendencia paranoide
- **Ideas de muerte:** tendencia del pensamiento sobre una idea concreta y recurrente que gira en torno a la búsqueda de la muerte. En general son congruentes con el estado afectivo del paciente
- **Ideas obsesivas:** ideas que poseen la cualidad de ser intrusivas, inapropiadas y que poseen un carácter egodistónico; es decir le generan ansiedad y un malestar significativo al sujeto. El contenido de la obsesión escapa al control y no “encaja” dentro de los pensamientos que el sujeto podría tener. Igualmente las reconoce como propias y como producto de su mente. Los temas más recurrentes que se encuentran son: sobre contaminación, impulsos de carácter agresivo o sexual, necesidad de disponer un orden en las cosas, dudas repetitivas, etc. El sujeto emprende una lucha contra estas ideas, las cuales intenta ignorar, suprimir o neutralizarlos mediante otras ideas o actividades.
- **Ideas fijas:** son ideas parásitas que nacen a partir de un shock emocional y que se atenúan con el tiempo. Es una idea que persiste en la conciencia sin perturbar el pensamiento ya que no participa de sus elaboraciones y por lo tanto no condiciona la conducta. Surge como una representación persistente, debiendo está persistencia a la intensa carga afectiva que la acompaña. Es una idea parásita que se enquista en la conciencia sin perder la crítica de la misma. Tienden a invadir todo el intelecto.
- **Ideas erróneas:** no poseen las características de incorregibles e irreversibles de las ideas delirantes y pueden surgir por falta de inteligencia, falta de información y variaciones en el estado anímico. La mayoría de las veces será posible cambiarla bajo una correcta preparación pedagógica o tras un razonamiento adecuado.
- **Ideas fobias:** implican un marcado temor, persistente y excesivo o irracional, que surge en presencia de objetos o frente a situaciones específicas; o bien anticipando la aparición de los mismos. A su vez también la anticipación puede transformarse en el objeto de temor. El contacto con el objeto temido genera una respuesta de ansiedad. Son temores hacía un objeto reconocido como absurdo, independientemente de las características del objeto.
- **Ideación paranoide:** sospecha injustificada, sin base suficiente, de que los demás se van a aprovechar de ellos, que lo van a engañar o a hacerle algún tipo de daño. Estas ideas no conforman un delirio. Está ideación se encuentra en concordancia con las características de la personalidad del sujeto, donde predomina la suspicacia y la desconfianza

**Ideas delirantes**

Implican siempre una desviación del juicio de realidad. El sujeto no rectifica está idea a pesar de poseer una buena capacidad de comprensión, y no-insuficiencia en el juicio por bajo nivel intelectual. Es una idea que el sujeto reconoce y frente a la cual no aparece lucha.

La idea delirante es un error patológico elaborado por un juicio perturbado, o por alteraciones perceptivas; está idea condiciona la conducta del enfermo que, convencido de su realidad lucha por defenderla e imponerla. La idea delirante en general es individual, no es compartida por personas del mismo nivel sociocultural, edad y época.

**Semiológicamente definimos la idea delirante como:** 1)incompartible, 2)ilógica, 3)irreductible, 4)que genera conductas, debiendo estar presentes las cuatro características.

**Diagnósticos diferenciales**

**Entre idea delirante e idea obsesiva**

| | |
|---|---|
| La idea delirante se origina en los choques y reacciones del individuo frente al medio | La idea obsesiva se origina en el núcleo instintivo-afectivo |
| El error que encierra la idea delirante no es reconocido por el individuo | El error de la idea obsesiva es criticado y reconocido |
| La idea delirante es aceptada como una verdad y el sujeto se desvive por imponerla | La idea obsesiva se acepta como errónea y el enfermo lucha por apartarla |
| La idea delirante es producto de un juicio desviado | El control del juicio se mantiene pese a la idea obsesiva |
| La idea delirante es sostenida por una voluntad vigorosa | La voluntad es incapaz de rechazar a la idea obsesiva |
| La idea delirante se observa en los delirios | La idea obsesiva se observa en las neurosis obsesivas y en las neurosis de angustia |

**Entre idea delirante e idea sobrevalorada**

| | |
|---|---|
| La idea delirante se origina en choques ambientales | La idea sobrevalorada se origina en creencias que llevan a estados pasionales |
| La idea delirante es irreductible y no admite réplicas | La idea sobrevalorada permite que se la discuta y contradiga |
| La idea delirante es producto de un juicio desviado | La idea sobrevalorada no nace de un juicio alterado, se pueden tener ideas sobrevaloradas sin ser un alienado |
| Repercute sobre la conducta, pero la idea delirante coloca al sujeto en una posición activa, buscando pruebas y tratando de convencer | Repercute sobre la conducta, pero la idea sobrevalorada coloca al sujeto en una actitud más pasiva al no importarle al enfermo que los demás piensen de manera diferente |

**Entre la idea delirante y la idea fija**

| | |
|---|---|
| La idea delirante tiene origen en un shock emocional frente a la vida, por una perturbación del juicio que se desvía | La idea fija tiene origen en un shock emocional frente a la vida, por la reproducción de una representación mnemónica con juicio normal |
| La idea delirante es un error patológico | La idea fija es verdadera y está bien controlada por el juicio |
| En la idea delirante la carga afectiva se acrecienta o permanece estable | En la idea fija la carga afectiva se atenúa con el tiempo |

**Entre idea obsesiva e idea sobrevalorada**

| | |
|---|---|
| La idea obsesiva surge de los temores originados en el núcleo instintivo-afectivo | La idea sobrevalorada surge de las creencias |
| En situaciones afectivas la idea obsesiva lleva a la angustia, a la ansiedad y a la neurosis | En situaciones afectivas la idea sobrevalorada lleva de los estados pasionales a los delirios |
| La idea obsesiva inhibe la voluntad | La idea sobrevalorada supedita la voluntad a ella y, en parte condiciona la conducta |

**Experiencia delirante**

En el caso de los delirios transitorios, también llamada “experiencia delirante” estos tienen la característica de ser vivenciados con gran monto de angustia.

Se describe como la capacidad de signar sin motivo adecuado una significación anormal a una percepción, representación o cognición a través de tres modalidades básicas de las vivencias:

1) las percepciones delirantes se caracterizan por atribuir una significación anormal a una percepción real
2) La no existencia de un motivo comprensible que la produzca
3) Las representaciones y cogniciones delirantes son producto de datos internos, de la imaginación o de la memoria que surgen súbitamente como una verdad irrefutable

Consiste en un profundo cambio con vivencia de extrañeza, generalmente angustiante, como el presentimiento de una catástrofe inminente. Es vivenciada dentro del campo de la conciencia como una experiencia irrefutable, que se relaciona con las reacciones afectivas.

Se caracteriza por ser polimorfa y alterar todas las áreas semiológicas, por la diversidad de los episodios que se suceden el sujeto presenta continuos cambios en el humor, a veces exaltado y expansivo; otras preso de una angustia próxima a la experiencia melancólica.

A nivel del contenido del pensamiento se observan oscilaciones en cuanto a las ideas delirantes, cuyas temáticas son muy variadas: persecución, grandeza, envenenamiento, etc.

Existe, asimismo, yuxtaposición de fenómenos, intuiciones, convicciones que irrumpen en el psiquismo; numerosas alucinaciones con predominancia de lo auditivo, pero en su mayoría pseudoalucinaciones.

Las ideas delirantes aparecen también con su característica de irreductibilidad a la lógica, no compartible, pero puede aparecer la duda, porque no es un sistema estructurado y sistematizado, entonces, en determinados momentos puede dudar y en otros parece tener una convicción acerca de esa realidad.

Las conductas basales como el sueño y la alimentación se encuentran alteradas, surgen trastornos digestivos.

**Delirio**

Etimológicamente significa “desviarse”. Se entiende como un estado más o menos temporario de perturbación mental caracterizado por: confusión, desorientación, intranquilidad motora, trastorno de lenguaje y a menudo, alucinaciones.

El delirio no es una forma de ignorar la realidad, sino otra manera de percibirla y vivirla. Constituye:

- Un error patológico persistente
- Producto de un juicio desviado
- Irreductible a los argumentos lógicos
- Condiciona la conducta total o parcialmente
- El sujeto posee un papel central dentro de la temática delirante

El delirio es entonces el resultado de una profunda alteración de personalidad que produce una pérdida del juicio de la realidad (pérdida de la capacidad de discernir entre lo real y la fantasía), se torna influenciable e inincorregible, desplegándose hasta construir un sistema de ideas que se convierten en el eje de la vida y de la existencia de la persona.

Cuando el **delirio es permanente** (crónico), tiende a desarrollarse y a organizar la totalidad de la existencia. Son narrados dado que no tienen el calor afectivo de algo que se está viviendo en ese momento.

**Semiológicamente estudiamos al delirio a través de sus cuatro elementos:**

- Tema
- Mecanismo psicológico
- Estructura
- Sistematización

**Temáticas delirantes:** es el argumento de la actividad delirante que el paciente cree como fiel expresión de la realidad. La verdad a la que se aferra con intensa convicción subjetiva. A través del tema es que captamos la compleja estructura del pensar, actuar y sufrir del paciente.

- **Delirio extravagante:** consiste en una creencia falsa, absurda, la cual es imposible
- **Delirio paranoide:** se debe distinguir de la ideación paranoide, dado que en está última la sospecha es de menor proporción. Pueden haber delirios de persecución,

donde el sujeto se siente amenazado desde afuera, amenazado de muerte. Delirio de daño y perjuicio, donde también se siente amenazado desde afuera, pero piensa que lo quieren dañar, entre otros.

**Mecanismos psicológicos:** se llaman mecanismos generadores o responsables del delirio a las alteraciones psicológicas que, interfiriendo con la aprehensión de la realidad, constituyen las modalidades de la objetivación delirante (es la forma como el paciente va percibiendo y construyendo su delirio)

- **Interpretativo:** implica una inferencia errónea a partir de un hecho real. Se define como un falso juicio elaborado a partir de una percepción exacta.
- **Alucinatorio:** se basa principalmente en el trastorno de la percepción, es decir que se sustenta en las alucinaciones
- **Imaginativo o fabulatorio:** el sujeto genera una invención de falsos acontecimientos. Crea distintos tipos de ficciones o fábulas. En general crean una concepción fantástica del mundo, parecido a un soñar despierto, que para el sujeto tiene una constatación irrefutable.
- **Intuitivo:** se caracteriza por la aparición de una idea en forma súbita, desprovista de una percepción; que se le impone al sujeto sin una estimulación sensorial. Tiene toda la apariencia de verdad, el sujeto está convencido que es una verdad incontrovertible. Una realidad incontestable, como una vivencia intransmisible de la cual no puede dar una explicación.

**Sistematización:** se habla de delirios bien sistematizados cuando estos tienen una coherencia interna en la que el sujeto puede dar cuenta del por qué y el para qué de la creación delirante. Esto hace que al observador le resulten como ideas probables y en general se percibe lo delirante por el componente afectivo muy intenso y por las conductas que generan este tipo de ideas.

- Los cuadros agudos o experiencias delirantes no presentan sistematización alguna
- El delirio paranoide de la esquizofrenia tiene una pobre sistematización
- El delirio parafrénico posee una sistematización intermedia
- El delirio paranoico, es el delirio más sistematizado por excelencia

**Estructura:** se refiere al tipo de vínculo que establece con el mundo en función del mismo. Es decir, refiere a la relación que el sujeto establece con el delirio y con la realidad.

Cuando un delirio está estructurado, genera menos angustia en el paciente, ya estaría instalado en la personalidad y en algunos casos también da cuenta del deterioro (pérdida del principio de realidad)

Los delirios pueden ser **estructurados** o **no estructurados** en función de cómo se integren a la personalidad del sujeto. Los delirios agudos se caracterizan por ser no estructurados, mientras que los crónicos se caracterizan por estructurar la personalidad del sujeto en función de ellos. Existen tres tipos de estructuras:

1) **Paranoide:** es la estructura del delirio de la esquizofrenia. Es una organización caótica, laxamente vinculada a la personalidad, dado que se entronca con la personalidad disgregada del mundo del esquizofrénico. Se caracteriza por componer un mundo de creencias hermético, difícil de penetrar, en general está pleno de incoherencias y utiliza modos de pensamiento mágico. Se produce una

transformación de la realidad en función de las vivencias internas: es vivido desde adentro hacía afuera, la realidad sufre una alteración. En general, no existe un intento de comunicar sus ideas delirantes. Esto lleva al existir del sujeto a una situación de retraimiento, se va encerrando. El mundo es vivido como hostil. No busca la forma de convencernos de sus delirios.

2) **Paranoica:** se trata de un delirio bien articulado, totalmente integrado a la personalidad del delirante, que en este caso está bien organizada. Lo fundamental de este es que el paciente en primer lugar se mantiene integrado al mundo real de los demás, juega con las reglas de los otros. Entonces, va a estar de alguna forma más integrado, va a razonar tratando de convencernos, siguiendo las leyes de la lógica. No presenta deterioro como en la estructura paranoide. Las ideas delirantes poseen el carácter de absoluta convicción, con un contenido persecutorio. La relación del paranoico con el mundo es tan integrada, que a veces resulta difícil determinar cuando el paciente está delirando o no. El paciente busca la forma de convencernos de su delirio y busca pruebas y argumentos para respaldar sus ideas.
3) **Parafrénica:** se caracteriza porque hay dos polos en la organización del sujeto, uno en el que el sujeto está bien adaptado a la realidad y otro que es el polo en el que se entronca el delirio, estos dos polos pueden yuxtaponerse. Está estructura se caracteriza por una bipolaridad. Por un lado el sujeto se adapta en forma bastante adecuada al mundo, y por otro suele tener un grupo de ideas delirantes, pero que estan de alguna forma como “encapsuladas”. Este sujeto va a ser una persona que va a tener un grado de adaptación bastante bueno en algunas actividades, pero que en determinados momentos es como si nosotros tocaramos un “botón” y surge la temática delirante, que por lo general responde a delirios fantásticos. El paciente no busca fehacientemente convencernos de sus ideas.

## Semiologia de la personalidad

En el DSM 4 se define a la personalidad a partir de las facultades de la percepción y del pensamiento sobre sí mismo y sobre el ambiente y las relaciones que lo rodean, formandose con ellas un patrón de comportamiento duradero en el tiempo, donde los rasgos de la personalidad son aspectos prominentes que la manifiestan. Queda implícito en este enfoque que la flexibilidad, el bienestar y el ajuste al contexto cultural de dicho patrón de experiencia interna y comportamiento del individuo, lo posicionan dentro de una personalidad sana. Así como la rigidez, el malestar subjetivo y la desadaptación sociocultural de dicho patrón comportamental, implican una personalidad patológica o sea un trastorno de la misma.

### Carácter y rasgos como manifestaciones de la personalidad

Los rasgos son un aspecto, una actitud, una parte que da cuenta del todo, son elementos que constituyen el carácter y lo definen. En el DSM-4 los rasgos de la personalidad cuando se tornan rígidos y persistentes, o sea que pierden la flexibilidad y plasticidad, tornan patológica, trastornan la personalidad.

El carácter es la expresión más permanente de la personalidad que la presenta, la muestra y manifiesta.

**Rasgos de carácter (y/o personalidad) en cada cuadro psicopatológico**

**Rasgos neuróticos:**

- **Histericos:** sugestionabilidad, dependencia, erotizacion, mitomania, afectividad artificial, emotividad, etc
- **Fóbicos:** evitaciones, inhibiciones, estado de alerta, conductas de desafío o de fuga o contrafobicas, etc
- **Obsesivos:** obstinación, terquedad, avaricia, coleccionismo, dificultad de abandonar objetos y separarse, detallismo, orden/desorden, agresividad, lucha contra la autoridad

**Rasgos psicóticos:**

- **Esquizoides:** retraimiento afectivo, extrañeza corporal, frialdad, dificultad de comunicación, estereotipias del comportamiento, etc
- **Paranoicos:** falsedad de juicio, psicorigidez, reproches persecutorios, orgullo, agresividad, etc
- **Sensitivos paranoicos:** susceptibilidad, hipermotividad, inseguridad, introspección, etc

**Rasgos en trastorno de la personalidad**

- **Borderline:** impulsividad, actuación, trastornos de conductas, robos, consumos, inconstancia, inestabilidad afectiva, intolerancia a la frustración y al abandono
- **Narcisistas:** grandiosidad del sí mismo, soberbia, arrogancia, necesidad de admiración, falta de empatía
- **Antisociales:** transgresión de normas sociales y legales, crueldad, ausencia de culpa, desprecio por los otros, deshonestidad

**Personalidad normal y patológica**

El límite o la frontera entre lo normal y lo patológico atraviesa a todas las patologías mentales en busca de un consenso que no es solo sociocultural sino también ideológico y científico. Algunos autores sostienen que no es posible diferenciar de forma absolutamente objetiva entre normalidad y anormalidad.

Consideramos a lo normal y lo patológico como un continuo y no como compartimentos estancos del funcionamiento psíquico, y más aún cuando se trata de salud mental, se hace más difícil establecer un punto exacto que convierta a lo normal en patológico y viceversa.

A diferencia de la mayoría de las personas que poseen diversas y flexibles estrategias para enfrentar a distintas situaciones, las personas con un trastorno de la personalidad utilizan un reducido número de estrategias de manera más rígida y sin apelar a conductas alternativas. La rigidez en las estrategias para afrontar diferentes situaciones sociales es una característica que se repite en forma de círculo vicioso. Las posibilidades de superar errores se ven acotadas y se vuelven a repetir anteriores fracasos con la naturalidad de la primera vez.

**Trastornos de la personalidad**

Una característica esencial de los trastornos de la personalidad es que son egosintónicos, estan en sintonía con la propia persona y es en el mundo que los rodea, en lo interpersonal donde se encuentra la dificultad.

Según Millon (2006) un trastorno de la personalidad puede distinguirse por la presencia de tres características que amerita reiterar:

a) inflexibilidad adaptativa
b) tendencia a mantener círculos viciosos o de autoperjuicio
c) una estabilidad emocional tenue bajo condiciones de estrés

La personalidad es un aspecto estructural del individuo que sostiene al resto de sus manifestaciones, no siendo fácil así diferenciar entre causas y efectos, ni entre enfermedades y síntomas o síndromes. Es importante ser precavidos al tomar a los trastornos de la personalidad como en entidades independientes. La personalidad no se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de características de la persona, interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas.

# PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Arevalo, C., Couso, M., Prieto, G., Rossi, M. y otros (2011). Temas de Psicopatología: Semiología.

## En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resumen
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!
Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes