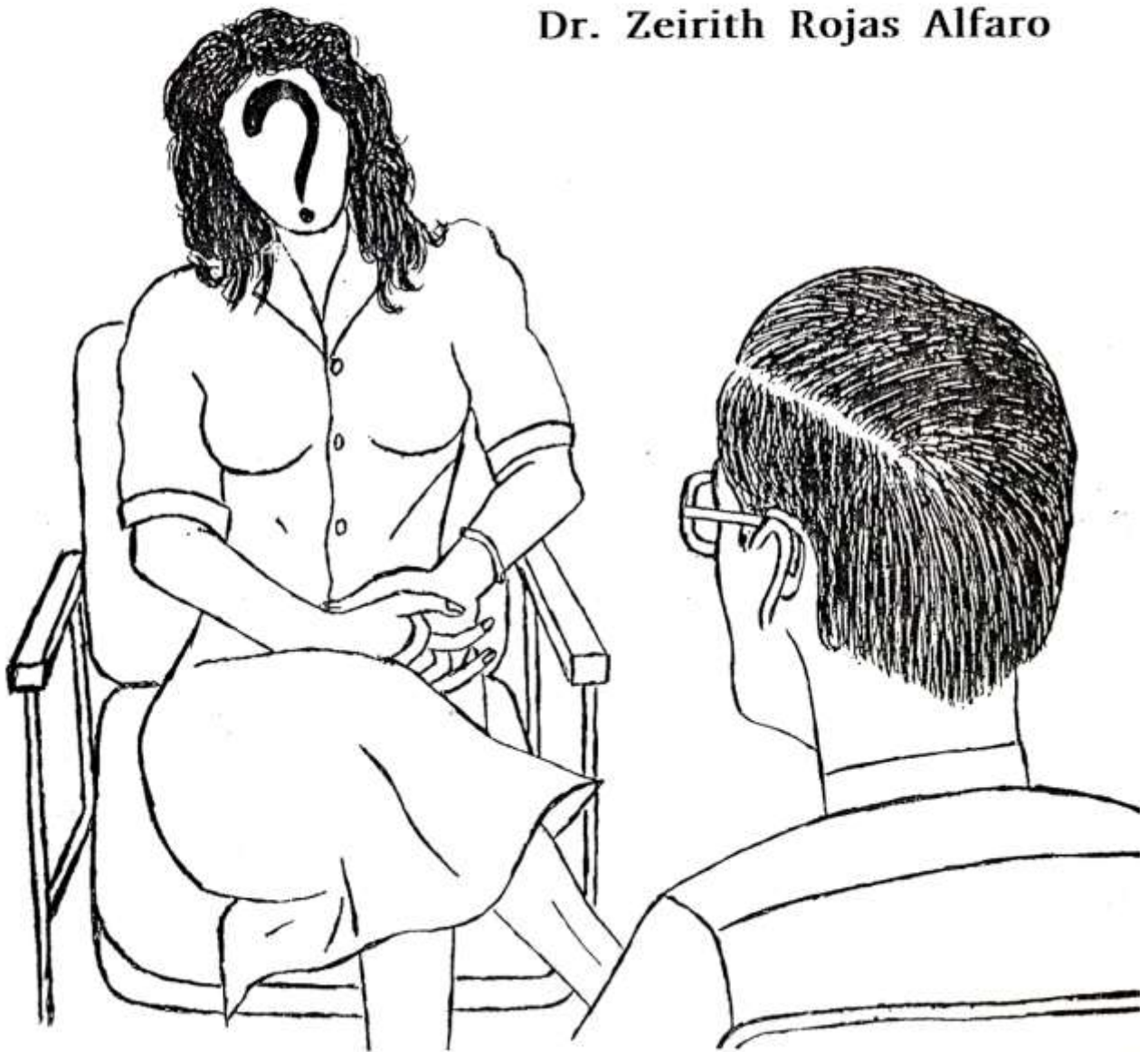


EL EXAMEN PSIQUIATRICO DEL PACIENTE

Dr. Zeirith Rojas Alfaro



El examen Psiquiátrico del Paciente

Dr. Zeirith Rojas Alfaro*

****Coordinador de la Sección Clínica de Psiquiatría en el Hospital Nacional Psiquiátrico, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, Coordinador Nacional de la Unidad de Post-grado en Psiquiatría, CENDEISSS. Profesor de la Escuela de Psicología, U.C.R.***

CONTENIDO

Página

INTRODUCCIÓN	1
La entrevista	2
Esquema de la organización de la Historia Longitudinal	5
La Historia Longitudinal	5
1. Ficha de identificación	6
2. Circunstancias del estudio y local	7
3. Padecimiento actual	7
A. Queja principal	8
B. Enfermedad actual	8
4. Antecedentes patológicos	9
A. Antecedentes patológicos personales	9
B. Antecedentes patológicos familiares	9
5. Historia familiar	9
6. Historia personal	10
Organización del Examen Mental	12
Esquema del Examen Mental	12
1. Apariencia general, actitud y comportamiento	14
- Alteraciones de la conciencia	14
A. Alteraciones cuantitativas	14
B. Alteraciones cualitativas	15
- Alteraciones de la ejecución del acto	15
- Lenguaje	17
2. Afecto	19
- Trastornos del afecto	22
- Trastornos cuantitativos del afecto	22
- Trastornos cualitativos del afecto	26
3. Pensamiento	28
- Producción o forma del pensamiento	33
- Trastornos del curso del pensamiento	34
- Trastornos del contenido del pensamiento	35
4. Sensopercepción	40
- Patología de la sensopercepción	43
- Trastornos de la percepción	44
- Trastornos cuantitativos	44
- Trastornos cualitativos	44
5. Sensorio y capacidad intelectual	47
A. Conciencia	47
- Psicopatología de la conciencia	49
B. Orientación	50
C. Atención	52

D. Memoria	55
- Fases del proceso de la memoria	57
- Alteraciones cuantitativas de la memoria	58
- Alteraciones cualitativas de la memoria	60
E. Inteligencia	62
F. Cálculo	64
G. Capacidad de abstracción	65
H. Vocabulario e información general	65
6. Juicio	66
7. Conciencia de enfermedad o "insight"	66
8. Confiabilidad	67
9. Impresión diagnóstica	67
CLAVE DE LAS CITAS BIBLIOGRAFICAS	68
BIBLIOGRAFIA	69
INDICE ALFABÉTICO	73

INTRODUCCIÓN

La medicina actual recomienda que se vea al paciente como a un individuo. Sin embargo, el médico es consultado sólo cuando algo no funciona bien; y éste, naturalmente, trata de encontrar qué es lo que no funciona bien (probablemente un órgano o un sistema) y, después se dedica a corregir aquello que anda mal. Así, el médico acaba interesado sólo en una parte del enfermo y, así aparecieron las diferentes especialidades médicas. El caso de la psiquiatría es distinto, lo que está malo en el paciente, propio de esta especialidad, no es, generalmente, ninguna parte del cuerpo en particular, sino el paciente mismo, quien, como persona, no funciona bien. Cuando una persona oye voces inexistentes, no pensamos que sus oídos o que su cerebro está enfermos, sino que él está enfermo, que él está loco.

Dicen los editores de "Harrison's Principles of Internal Medicine": "El médico no debe nunca absorberse tanto en la enfermedad, que llegue a olvidarse del paciente que es la víctima". (Ha., p.4). Si aceptamos esto, entonces, en todo enfermo deberemos estudiar, aunque sea someramente su funcionamiento psíquico. Así, cuando hablamos del estudio psiquiátrico del paciente, debemos tener en mente, no sólo al paciente loco, sino a todos los pacientes, de cualquier especialidad.

La psiquiatría, como rama que es de la medicina, tiene como fin el alivio del dolor humano.

Para ayudar a un enfermo, necesitamos, ante todo, determinar de qué sufre; es decir, debemos que hallamos en el enfermo. Entonces, antes de poder diagnosticar, debemos hacer una recolección de todos aquellos datos que indiquen la presencia de patología en el enfermo, para luego combinarlos en la síntesis creativa del diagnóstico.

Existen diferentes teorías para la explicación de la psicopatología y hay distintos tipos de tratamientos psiquiátricos. Cada terapeuta, según la escuela teórica que siga, se interesará en distintos aspectos de la patología y hará diagnósticos de diferente tipo. Recordemos, por ejemplo, que mientras unos profesionales hacen énfasis en la patología del individuo, otros se interesan por la de la familia y aún otros por la de la sociedad.

En este trabajo nos interesa el diagnóstico de tipo nosológico, en el cual lo que se busca es determinar el nombre del padecimiento que aqueja al paciente.

Para lograr un buen diagnóstico psiquiátrico necesitamos hacer antes un estudio completo del paciente, el cual constará de las siguientes partes.

Estudio psiquiátrico:

1. Entrevista
 - a. Historia longitudinal.
 - b. Examen del estado mental (o examen mental).
2. Examen físico, completo. (Muy importante la parte neurológica)
3. Exámenes complementarios.
 - a. Del laboratorio.

b. De gabinete (rayos X, electroencefalograma, etc.)

La historia longitudinal nos permite conocer, entre otras cosas, la presencia de patología en el paciente, en diferentes épocas, con la evolución de dicha patología a través del tiempo. Y además, los aspectos sanos del mismo.

En cambio, el examen del estado mental, igual que el físico, sólo nos muestra los aspectos sanos y patológicos que el paciente presente en el momento del examen.

El examen mental lo comenzamos a hacer desde el momento en que el paciente se presenta ante nosotros, aunque los datos que obtengamos no los vamos a escribir sino después de haber tomado la historia longitudinal.

Para obtener la historia, interrogamos al paciente con ese fin; pero, mientras él nos va relatando su vida, nosotros tenemos la oportunidad de ver cómo se comporta, cómo siente y cómo piensa en estos mismos momentos en que nos hace su relato. Así, cuando ya hemos tomado la historia, a tenemos hecha una gran parte del examen mental y nos restan sólo algunas preguntas para completarlo.

LA ENTREVISTA

Este es un tema muy amplio y de gran interés para el psiquiatra o el psicólogo, ya que forma la base en que descansan el estudio y el tratamiento del enfermo. En la psicoterapia, la entrevista misma se vuelve el tratamiento. Aquí sólo vamos a ver algunos puntos de interés.

El hombre tiene una gran tendencia a comunicarse con sus semejantes. Si nos observamos un poco, veremos que, cuando nos sucede algo muy bueno, o muy malo (algo importante, en todo caso), sentimos la necesidad de contárselo a alguien. Pensemos, por ejemplo, en el caso de que nos hayan robado algo, o de que hayamos ganado un premio en una rifa. Esa tendencia a comunicar nuestras cosas importantes la podemos aprovechar en la entrevista. Así, es frecuente que el entrevistador casi no necesite hablar, sino escuchar, mientras el entrevistado le cuenta su vida.

Sin embargo, experiencias amargas en la vida nos pueden haber enseñado que es peligroso contar nuestras cosas. Tal vez de niños relatamos emocionados algún suceso, para toparnos con el regaño de nuestros padres, o la burla de los hermanos y, aprendimos a temerle a nuestro deseo de comunicarnos.

El paciente psiquiátrico, especialmente, ha aprendido que es más seguro no comunicar a los otros aquello que le es importante. Pero el deseo de comunicarse persiste; y todo el tiempo va a existir en él una lucha entre estas dos tendencias: Comunicarle el otro – No comunicarle al otro.

El trabajo del entrevistador consiste en facilitar la victoria de la tendencia hacia la comunicación.

Como el miedo del paciente a comunicarse le resulta dañino, lo primero que debemos buscar es uno dar bases para que ese temor aumente. Es decir que no debemos decir ni hacer nada que haga al paciente arrepentirse de habernos tenido confianza. Regañar al paciente, ser irónico o burlarse de él, repetir a otro lo que él dijo, o en fin, hacerlo sentirse malo o feo por lo que ha dicho, es traicionarlo; es ser un mal entrevistador y un mal médico o psicólogo.

Si consideramos que el paciente tiene poco o mucho temor de comunicarse, debemos tratar de no asustarlo más, o sea que, dentro de la posible, debemos evitar que el paciente nos vea como amenazantes. Un ceño fruncido nos puede dar la apariencia de enojados; una sonrisa a destiempo

puede hacernos parecer como burlones; unos anteojos muy oscuros inspiran desconfianza; si hablamos con una voz muy fuerte, o dando manotazos sobre el escritorio, vamos a asustar al otro; si le contamos un chisme al paciente, le damos motivo para que nos considere chismosos.

Si bien no queremos asustar al paciente, esto no significa que debemos congraciarnos con él a como sea posible; si nos dedicáramos a adularlo, más bien le daríamos motivo para desconfiar de nuestras intenciones.

Al efectuar una entrevista, el primer objetivo que debemos tener en mente es el de establecer una buena relación con el paciente. Debemos buscar que se sienta cómodo y que confíe en nosotros. El modo de conseguir esto es respetando al paciente; considerándolo como a una persona independiente de nosotros, que, por lo mismo, siente, piensa y actúa en formas distintas a las nuestras. No debemos pretender que el entrevistado sienta lo que nosotros sentimos, ni que piense o actúe igual que nosotros.

Si su manera de sentir nos parece incomprendible, debemos tratar de comprenderla pero no despreciarla. Si tiene pensamientos raros, debemos buscar cómo entenderlos y no descartarlos como “tontos” o “ridículos”.

En medicina, cuando un señor tiene una sensación que no es normal (por ejemplo, dolor en el abdomen), no nos reímos de la persona ni ignoramos esa sensación, sino que buscamos una explicación para ella. Igual debemos proceder si una persona percibe algo que no existe (por ejemplo, ve una bruja), o se siente, piensa o actúa de modo anormal.

Un sujeto puede experimentar muchas clases distintas de sentimientos, que le harán reaccionar de diferentes maneras. Lo que siente en determinada situación influye mucho en su conducta de ese momento. Por lo tanto, deben interesarnos mucho los sentimientos del paciente durante la entrevista. Si se encuentra furioso, triste, desconfiado o con temor, no va a poder cooperar en la entrevista. En esos casos, lo que debemos hacer es brindarle la oportunidad de hablar de lo que está sintiendo. Podemos decir algo así como: “Algo lo ha enojado a usted. Querría explicarme de qué se trata?” o “Parece que lo que usted está diciendo lo pone triste...” o “Se siente usted nervioso?”.

Si logramos que el paciente nos hable de lo que en estos momentos le está molestando, él se sentiría mejor; sentirá que nos interesa como persona; que tratamos de comprenderlo. Y así, comenzará a confiar en nosotros.

Con frecuencia sucede que el paciente comienza a hablar y, de pronto, o poco a poco, parece cambiar de idea y deja de hablar, o cambia de tema, o termina murmurando sin que podamos entenderle. A esto, en psicoterapia se le llama “resistencia”. Nuestro trabajo consiste en ayudarle a vencer esa resistencia. Si bajó la voz y no le oímos, debemos decírselo así. Si cambió de tema, debemos recordarle el tema anterior. La forma de ayudarle al paciente debe ser suave, sin exigirle ni irrespetarlo. El entrevistador debe buscar que el entrevistado venza sus resistencias; no se trata de que el entrevistador venza al paciente. La entrevista debe ser un acto de cooperación; no un duelo.

Cuando el paciente se resiste a hablar de un tema es porque hablar de eso le produce dolor. Es natural que el entrevistado a veces dude, haga pausas y tante el camino. Lo mejor que podemos ofrecerle en esos momentos es nuestra paciencia. Si se ha dicho que la medicina es un arte, más aún se puede decir eso de la entrevista psiquiátrica. Así como no presionaríamos a un artista para que creara una obra dentro de un tiempo limitado, no podemos obligarnos a hacer una buena entrevista bajo presión del tiempo. Unos pacientes requieren poco tiempo; otros mucho. Si nos exigimos lo imposible, lo que conseguiremos será presionar al paciente; ése, naturalmente, ofrecerá mayor resistencia; y el resultado será el fracaso.

Nuestra meta es comprender al paciente. Por lo tanto, cuando alguno no esté claro, debemos preguntar. En la vida social es frecuente que alguien hable, no se le entienda y sin embargo no se le pida que aclare; o que, si se le pidió que lo hiciera y la respuesta es aún confusa, el interlocutor no insista. Si el entrevistador no comprende una segunda explicación, debe insistir, hasta que pueda entender. Habrá ocasiones en que no se insista para no maltratar al paciente.

Si aspiramos a comprender al paciente, debemos buscar que éste nos entienda. Para esto, debemos pronunciar claramente, con suficiente volumen y mirando al paciente. Puede ser que, por lo menos a ratos, igual que el paciente busquemos no comunicarnos. Eso podríamos hacerlo cubriéndonos la boca con la mano mientras hablamos; o usando un lenguaje tan técnico que el paciente no puede comprendernos; etc. Debemos tratar de descubrir nuestros defectos de comunicación, para corregirlos.

Nuestras preguntas deben ser hechas con naturalidad. Por ejemplo, sería contraproducente que el entrevistador se sonrojara al preguntar sobre masturbación.

Siempre se debe ser cuidadoso de no herir los sentimientos del paciente. Cualquier pregunta se puede hacer si se busca el momento apropiado y se hace con el tono de voz y las palabras adecuadas.

Al interrogar al paciente debemos utilizar preguntas que le dejen a éste un campo amplio de posibles respuestas. Por ejemplo: "Cuénteme cómo es el carácter de su padre", o "Hábleme de su vida sexual". Se dice que estas preguntas son de tipo abierto. En general no debemos usar preguntas que se puedan contestar con un "sí" o un "no". Por ejemplo: "Su padre tiene mal carácter?", o "Su vida sexual es satisfactoria?". Sin embargo, con ciertos pacientes que hablan mucho y tienden a salirse del tema, este tipo de preguntas es útil. Son preguntas de tipo cerrado.

La conducta humana es tan compleja y tan variada, que no podemos dar reglas fijas. Por esto, todo lo dicho anteriormente debe ser tomado como "sugerencias", en términos generales". Probablemente podríamos encontrar excepciones para cada uno de los puntos anotados.

Un aspecto muy importante de la entrevista: No podemos hacer una buena entrevista si estamos actuando, aparentando un papel. Si el entrevistador es insincero, probablemente el paciente lo percibirá así. Cada uno de nosotros debe buscar el estilo propio que se amolda a su personalidad. El hecho de que el entrevistador sea genuino durante la entrevista, abrirá las puertas a la comunicación con el paciente.

La entrevista es el medio del que nos valemos para tomar la historia longitudinal y hacer el examen mental.

Cuando un enfermo acude al médico, lo primero que hace es contarle al profesional acerca de las molestias que está sufriendo. Después, el médico le hará una serie de preguntas y, sólo cuando ya se sienta satisfecho de haber obtenido todos los datos que le interesa, procederá a examinar al paciente. Durante la conversación inicial, el médico ha recogido la historia longitudinal. Después efectúa el examen físico. Finalmente, ordena algunos exámenes especiales, que varían según el caso.

Todo este procedimiento se aplica igualmente cuando los problemas del paciente son de tipo psiquiátrico. En todo lo que sigue, nos vamos a limitar a los aspectos psiquiátricos de la historia longitudinal y del examen, que en este caso ya no es examen físico sino examen mental (a los pacientes psiquiátricos se les deben hacer los dos exámenes: el físico y el mental).

ESQUEMA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA HISTORIA LONGITUDINAL

1. Ficha de identificación
2. Circunstancias del examen y local
3. Padecimiento actual
 - a. Queja principal
 - b. Enfermedad actual
- 3ªA En nuestro hospital, para las presentaciones clínicas de pacientes hospitalizados, en este punto se sigue con:
 - 3.a. Comportamiento del paciente en el hospital
 - 3.b. Examen mental y luego el resto de la historia longitudinal
4. Antecedentes patológicos
 - a. Personales
 - b. Familiares
5. Historia familiar
6. Historia personal

LA HISTORIA LONGITUDINAL

La historia longitudinal es la historia de la vida del paciente, con énfasis en todo aquello que se relaciona con su enfermedad. Es claro que, entre más sepamos acerca de las causas y de la evolución de las diferentes enfermedades psiquiátricas, más capacitados estaremos para tomar una buena historia longitudinal.

En la páginas anterior aparece un esquema de cómo se puede escribir el reporte de la historia longitudinal. Igual que como sucede con el examen mental, no hay una única forma de hacerlo; lo importante es adherirse a un sistema que se nos vuelva automático, para así no olvidar nada.

Así como el paciente habla primero de su enfermedad, así, en la historia escribimos primero sobre el padecimiento del paciente. Hay una razón importante: si escuchamos, o leemos, la historia de la vida del paciente, desde su niñez, sin saber nada de su enfermedad actual, no sabremos a cuáles datos darles importancia. En cambio, si ya conocemos la sintomatología del paciente, al escuchar la historia de su vida, lograremos detectar aquellos datos de interés especial.

Por la misma razón, después de describir la enfermedad actual, es lógico seguir con los antecedentes patológicos. Después vendrá el resto de la historia, la parte más normal.

El esquema de la historia se refiere a cómo redactarla; no a cómo obtenerla del paciente. A la hora de recoger los datos, aplicaremos la técnica de la entrevista. Después de saludar al paciente y de presentarnos, le diremos que le vamos a hacer una serie de preguntas; y le explicaremos el motivo (para poder ayudarlo; para dar un informe a las autoridades; etc.) Luego le preguntamos qué lo ha traído a consultar?, en qué forma se siente mal? De aquí en adelante vamos a buscar que el paciente nos cuente, según a él se le ocurran las cosas, todo lo que le sucede. Con algunos pacientes, el entrevistador casi no necesita hablar; con otros, de cuando en cuando haremos alguna pregunta; y con otros, tendremos que

interrumpirlos a cada momento, tratando de lograr que nos aclaren lo que queremos saber. Pero, usualmente, dejaremos que el paciente nos narre las cosas a su manera. Si lo dejamos hablar así, podremos descubrir qué ideas se unen a otras en la mente del enfermo. Por ejemplo, el paciente nos dice que él no tiene problemas; hace una pausa y agrega: “Perdone que llegara tarde, pero tenía que dejar de camino a mi suegra y me atrasó; siempre me atrasa”. El hecho de que la idea “problemas” le recuerde al paciente atraso que le provocó su suegra, nos da derecho a pensar que uno de los problemas del paciente puede estar relacionado con su suegra.

Si tomamos la historia de este modo, será el paciente quien vaya escogiendo los temas de qué hablar. Sin embargo, por medio de algunos comentarios o preguntas, el entrevistador puede orientar la conversación. No se trata de cambiar bruscamente el tema de la narración, sino de explorar más detalladamente algún punto. Por ejemplo, cuando la paciente cuenta de un disgusto que tuvo con su esposo, podemos preguntarle si “Ha tenido otros disgustos semejantes con él? O podemos aprovechar el tema para pasar a otro que se le relacione. Por ejemplo, si la paciente habla de su madre, es fácil y lógico preguntarle por su padre. Mostrando interés en lo que el entrevistado dice, lograremos que éste se extienda más sobre el mismo tema. El interés lo podemos hacer evidente con expresiones tales como “Ajá...”, o “Y entonces”

Tomar la historia de este modo es difícil, pero los resultados son superiores a si se tomara la historia apegándose a una lista de preguntas.

Después de haber recogido los datos, entonces se escribirá la historia, según el esquema dado. Veamos ahora, con más detalle, los diferentes apartados de la historia longitudinal.

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Aquí se incluyen unos pocos datos, de tipo administrativo, que varían un poco en diferentes instituciones. Pero son datos importantes aún en la medicina privada. Estos datos resaltan mejor si no van dentro de un párrafo redactado, sino en forma esquemática. En vez de redactar: “El paciente es de sexo masculino y tiene 20 años de edad”, escribirlo así:

“Sexo: masculino. Edad: 28 años”.

Los datos que deben ir en este apartado son:

- a. Nombre (con los dos apellidos). A los estudiantes, cuando escriben historias dentro de su entrenamiento, se les pide que sólo escriban las iniciales, para evitar el peligro de que extravíen notas comprometedoras (Por supuesto que tampoco usarán el nombre del paciente, ni el de sus parientes, en ninguna parte de la historia.
- b. Sexo. Este dato tiene valor diagnóstico, pues algunas enfermedades se dan más, o exclusivamente, en uno de los dos sexos.
- c. Edad. Ciertas enfermedades son propias de niños, otras de adultos y otras de viejos.
- d. Raza. Desde el punto de vista médico, este dato es importante, pues algunas enfermedades afectan a ciertas razas en especial. Desde el punto de vista psiquiátrico, es importante saber si el paciente pertenece a una raza que sufre de discriminación en el lugar, o lugares, en que el paciente ha vivido.
- e. Estado Civil. No necesita explicación.
- f. Teléfono. Muy importante para poder localizar al paciente.

- g. Domicilio. Igual que el teléfono.
- h. Persona responsable o persona a quién notificar en casos de emergencia. Dato imprescindible en los hospitales, no sólo en el caso de niños o ancianos, sino también de adultos (por ejemplo, en caso de intento de suicidio)
- i. Otros datos son menos importantes, como:
 - Escolaridad. Anotar hasta dónde ha llegado en sus estudios.
 - Trabajo. A qué se dedica.
 - Nacionalidad.

2. CIRCUNSTANCIAS DEL ESTUDIO Y LOCAL

Si por alguna razón, se describe el examen mental, sin la historia longitudinal, entonces este apartado debe aparecer al principio del examen mental (A., p.218).

Se deben anotar aquí la fecha del examen, la razón por la cual se efectúa éste y el lugar en que se hace.

La fecha es indispensable en un examen mental, ya que los resultados de éste pueden variar mucho de un día para otro y hasta de una hora a la siguiente.

Usualmente el examen se hace porque el paciente viene a consultar; otras veces es a petición de un pariente; pero puede haber otras razones, como por ejemplo, que alguna autoridad judicial lo requiera, o que sea requisito para aspirar a un puesto. Por esto es importante anotar el motivo del examen.

Anotar aquí el nombre de la persona que da los datos de la historia y la relación de esta persona con el paciente. Si unas partes de la historia las da una persona y otras partes las da otra (por ejemplo, el paciente y su madre), será necesario dejar bien claro quién dio cuáles datos.

El paciente puede percibir el local en que se le examina como amenazante y angustiarse mucho por ello. Dicha angustia puede encubrir aspectos importantes del estado mental del paciente. De aquí que convenga indicar el lugar en que se hizo el examen.

En nuestro hospital es frecuente que se omita este apartado.

3. PADECIMIENTO ACTUAL

Esta es la parte más importante de la historia y la más difícil de lograr. Con frecuencia, los estudiantes que comienzan a recoger historias, pecan por hacer esta parte muy corta. Esto es comprensible, porque todavía no tienen suficientes conocimientos acerca de la patología psiquiátrica y no es posible preguntar por algo que uno no sabe que existe. Sin embargo, deben tratar de recoger más datos.

Sucede que, muchas veces, el paciente no desea hablar mucho acerca de su enfermedad, o simplemente, a él no se le ocurre que algunos datos sean de interés para el psiquiatra. Este apartado consta de dos partes:

A. Queja principal

Esta parte es breve y sirve para que quien lee, se entere rápidamente, de cuál ha sido la principal molestia, o molestias, que han hecho que el paciente, o sus parientes, busquen ayuda psiquiátrica. Aquí se plantea, en una o dos oraciones, el motivo, o motivos, de la consulta.

Es preferible que aquí se escriba, entre comillas, lo que la persona que da los datos dice. Ejemplos: a) El paciente dice que viene a consulta “porque llevo como quince noches sin dormir y siento que me voy a hacer loco”. b) El padre trae al muchacho a consulta “porque ayer se metió a la casa junto a la nuestra y les despedazó la cocina, gritando que los iba a matar a todos”.

Los detalles no entran en esta sección, sino en la siguiente:

B. Enfermedad actual

Aquí sí, se trata de recoger toda la historia de la enfermedad, desde que comenzó, hasta el día presente. Se comienza por el primer indicio del padecimiento. Cada síntoma se va explorando en detalle; y se va agregando cada otro que vaya apareciendo. Es importante dar una idea de la relación de los síntomas en el tiempo. Por ejemplo: “Hace dos años, el paciente...; tres meses después sucedió que...; y así continuó hasta hace un mes, cuando...” Es claro que, cuando el paciente lleva años de estar enfermo, o cuando su sintomatología es muy variable, no será posible recoger todos los detalles. Pero, por ejemplo, no basta con decir que “por las noches el paciente oye voces que le hablan”. Es necesario averiguar si reconoce esas voces; si se trata de una, o de varias personas quienes le hablan; qué le dicen esas voces?; las oye todas las noches, o sólo en ciertas ocasiones?; y, en ese caso, en qué ocasiones?

Pero, no sólo los síntomas son importantes. Interesa mucho conocer los factores que desencadenaron la enfermedad. Así, debemos preguntarle al paciente si tuvo problemas, o dificultades, poco antes del inicio de su enfermedad. Algunas veces el paciente puede nombrar dificultades, pero muchas veces no tiene conciencia de qué fue lo que lo afectó. Por esto, cuando se está tomando la historia, el entrevistador debe estar atento a si el paciente relata alguna situación que ocurrió en la época cercana al inicio de la enfermedad y que pudiera producir sufrimientos o conflictos emocionales. Es posible que este dato aparezca en un momento de la conversación en el que no se habla del principio de la enfermedad. Corresponde al entrevistador asociar los dos sucesos.

Nos deben interesar aquellas situaciones que pudieran producir frustración (por ejemplo, pérdida del trabajo o una traición amorosa).

Algunas situaciones estimulan ciertos impulsos que el paciente puede considerar reprochables (por ejemplo, la coquetería de la esposa de un amigo puede producir deseos de conquistarla y la consiguiente culpa; los errores de un hermano que es tonto, pueden producir cólera y, nuevamente, culpa). Otras situaciones pueden asustar mucho; sentir la proximidad de un juicio legal; sufrir un robo; enfrentarse a un parto con complicaciones.

Conforme el estudiante vaya aprendiendo más de la psiquiatría y más de la vida, podrá interrogar en forma más eficiente.

Al describir la enfermedad actual, se empezará por los factores desencadenantes y se seguirá con la aparición y evolución de los síntomas.

Por último, deberán describirse las consecuencias de la enfermedad. Cómo ha afectado al paciente? Le impide salir de la casa? Le ha hecho abandonar su trabajo? Le impide cuidar a sus hijos? Ha provocado que le den una ayuda monetaria? En fin, interesan los cambios que la enfermedad ha traído a las vidas del paciente y de sus familiares; incluidos los cambios sociales, económicos, laborales, etc.

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Una vez que sabemos de la enfermedad del paciente, nos interesa conocer si ya antes ha presentado padecimientos que puedan relacionarse con la enfermedad que le aqueja. Primero veremos los antecedentes del paciente y luego los de sus parientes.

A. Antecedentes patológicos personales

En primer lugar se anotarán los padecimientos de tipo psiquiátrico que haya sufrido el paciente. Anotarlos en orden cronológico, indicando tratamientos, si es posible, y hospitalizaciones.

Se sigue con los padecimientos de tipo médico. No sólo se indicarán las enfermedades que haya padecido el paciente, sino las intervenciones quirúrgicas o los accidentes sufridos (especialmente los que afectan la cabeza) y las secuelas que le hayan quedado. Un defecto físico puede afectar enormemente el equilibrio emocional de una persona.

Por último, se describen los antecedentes patológicos de tipo social. Aquí se anotan las conductas de tipo delictivo, alcoholismo, prostitución, etc.

B. Antecedentes patológicos familiares

Igualmente que en el apartado anterior, se anotarán los antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico. Aquí no sólo es importante la herencia; el hecho, por ejemplo, de que la madre del paciente haya sido loca, es muy importante porque el paciente tuvo que crecer relacionándose con una loca y eso pudo haberlo enfermado. Además, en algunas enfermedades parece haber cierta tendencia a transmitirse hereditariamente.

Se incluyen también algunos padecimientos de tipo médico. Por ejemplo, si la madre sufrió de sífilis durante el embarazo del que nació el paciente, tal vez éste sufra de sífilis cerebral.

Finalmente, se agregarán los antecedentes patológicos de tipo social. Si el paciente, por ejemplo, se ha criado entre drogadictos y prostitutas, es de esperar que esto haya afectado su salud mental.

5. HISTORIA FAMILIAR

Este apartado y el siguiente cubren el resto de la historia del paciente, los antecedentes no patológicos. Aquí nos interesa conocer la familia con la que el paciente se ha criado. Si el paciente hubiera sido un niño adoptado, igualmente sería importante esta parte de la historia. Nos interesa saber acerca de

las familias de donde vinieron el padre y la madre, las diferencias sociales y económicas entre esas dos familias son muy importantes. Si por ejemplo, la madre vino de un hogar muy católico y el padre de una familia comunista, atea, ese matrimonio va a sufrir conflictos y estos van a afectar mucho a sus hijos.

Importa saber cuántos hermanos ha tenido el paciente. Vale la pena hacer una lista de los hermanos, con las edades y sexos correspondientes, incluyendo en esa lista al paciente.

Ejemplo:

Padre: 58 años

Madre: 50 años

Hermana de 30 años

Hermano de 28 años

Paciente de 25 años

Hermana de 15 años

Se deben describir las personalidades de los padres, refiriéndose a su educación, trabajos, situación económica y social, religión e ideas políticas. En realidad, lo que es importante en una historia, no lo es en otra; por eso, no es posible decir todo lo que se debe anotar.

Y por supuesto, deben describirse las relaciones entre los padres, y entre éstos y los hijos; y las relaciones entre los hermanos.

6. HISTORIA PERSONAL

Describimos aquí los aspectos no patológicos de la historia del paciente. El relato se lleva desde antes del embarazo de la madre del paciente, hasta el presente.

Queremos saber si el paciente fue un hijo deseado, o si la madre tomó algo deseando producir un aborto (no importa si lo que tomó fue un vaso de leche; si ella creía que eso lo haría abortar, nos está demostrando que no deseaba ser madre; y eso debe de haberse manifestado posteriormente de otros modos.

Nos interesa también la evolución del embarazo (Vomitó mucho la madre, haciéndonos sospechar un rechazo al producto? Estuvo la madre enferma? Recibió muchas radiaciones debido a tratamientos médicos?, etc.). El parto, si es anormal, puede resultar en un niño anormal.

Luego seguimos con el desarrollo del niño. Fue éste normal? Se sentó, gateó, caminó, etc. En la época apropiada? Hubo problemas con la lactancia, o el destete? En qué época dejó de ensuciarse en los pañales?

No es posible dar aquí todas las preguntas que pueden provocar respuestas interesantes.

Hay ciertos aspectos de la conducta que se pueden seguir a través de la vida del paciente: su relación con las figuras de autoridad (padres, maestros, profesores de secundaria y de universidad, jefes del trabajo, etc.); su relación con sus pares (hermanos, compañeros del jardín infantil, de la escuela, del colegio, del trabajo, etc.); su desarrollo intelectual y educación, con atención a los cambios (por ejemplo, si fue magnífico estudiante en primaria y al entrar al colegio resultó un fracaso); su desarrollo psicomotriz (buena capacidad para aprender artesanía, o magnífico atleta, o pésimo); la confianza en sí mismo y la capacidad para manejarse independientemente; y su desarrollo sexual, recordando que según Freud, no solo lo genital es sexual.

Sobre el último aspecto es bueno mencionar algunos puntos importantes. Algunos niños han sido expuestos a escenas, o acciones, sexuales desde muy temprano en sus vidas. En esos casos, esta parte de la historia será mucho más importante que en otros casos.

Siempre nos interesará saber cuándo fue el primer contacto con asuntos sexuales y qué forma tomó. Masturbación a solas, o en grupos? Homosexual o heterosexual? Con alguien de igual edad, o con mucha diferencia de edades?

En el caso de la mujer, estaba preparada cuando le vino la primera relación sexual. Lo hizo con temor? Hubo violencia? Fue por amor, o por dinero?

Si la persona está casada, interesa saber si su vida sexual en el matrimonio es satisfactoria. Si no lo es, por qué?

Y si tiene hijos, cuál ha sido su reacción ante el embarazo, el parto y la crianza de los niños? Esto es importante no sólo en el caso de la mujer; un hombre puede haber estado bien “hasta que su esposa se embarazó”.

Los aspectos sexuales de la vida son muy importantes en psiquiatría, pero, debe recordarse que el paciente no es una computadora que responde a las preguntas; es una persona y se puede sentir muy avergonzada, asustada o colérica ante ciertas preguntas. Por esto, es imprescindible tener tacto a la hora de preguntar. Muchas veces, algunas preguntas sólo pueden hacerse después de conversar con él, o la paciente, por muchas horas.

Cuando se entreviste a una persona vieja, debe recordarse que los problemas de estas personas son otros: que se sienten abandonados por los hijos; que se sienten inútiles; que temen a la muerte; etc.)

En todo paciente debe investigarse su vida social. Si uno pregunta al paciente que si tiene amigos, probablemente conteste que sí y ahí queda todo. Pedirle que nombre a sus mejores amigos y entonces puede ser que se quede sin nombrar a nadie.

Las ideas filosóficas, políticas y religiosas del paciente son muy importantes. Lógicamente, debe haber una gran concordancia entre unas y otras. Sin embargo, podría encontrarse uno con un comunista (ateo) católico; esto nos indica que su personalidad a ratos funciona de un modo y a ratos de otro; que no está bien integrada.

Interesan especialmente los cambios bruscos en las ideas filosóficas, políticas o religiosas. Una persona que se ha criado en una religión, puede, después de pensarlo muy bien, cambiar a otra. Pero, cuando una persona cambia a una segunda religión y después a una tercera, podemos sospechar que esté muy confundida y que presente patología psiquiátrica importante.

Los aspectos morales en la vida del paciente son importantes; pero debe recordarse que una cosa es la moralidad que una persona dice profesar, y otra es la que demuestra a través de sus actos.

Todo lo que se ha dicho acerca de la historia longitudinal debe tomarse como una guía, especialmente en cuanto al orden. Pero sería necio pretender que todas las historias le den la misma importancia a todos los puntos. Habrá historias en que lo más importante quizá ni se ha mencionado en esta guía. Si el entrevistador sabe escuchar al paciente, podrá descubrir lo verdaderamente importante para esa historia, de ese paciente.

Para valorar la complejidad del estudio psiquiátrico vale la pena citar a Karl A. Menninger: “Aunque consideramos pura charlatanería alegar que se ha “examinado” a un paciente, competentemente, en una o dos horas, algunos pacientes pueden ser valorados a groso modo, en un tiempo más corto del que se requiere para hacer una historia y examen psicológico completos”.

ORGANIZACIÓN DEL EXAMEN MENTAL

El examen mental se divide en una serie de apartados que corresponden a diferentes funciones mentales. Esta división sirve para simplificar el examen mental. En realidad ninguna de estas funciones mentales se presenta en forma aislada. Por ejemplo, para percibir necesitamos de la conciencia, de la atención, de la memoria, etc.

Al estudiar la literatura se sorprende uno de la gran variedad de ordenamientos que se le dan a los diferentes apartados del examen mental. Y también varían el número y los nombres de los apartados.

En realidad lo único importante es que el examen lo hagamos completo. Si es muy conveniente que sigamos siempre un mismo orden; de este modo, ese orden se nos vuelve automático y se torna más difícil que omitamos alguna parte.

El esquema del examen mental que se presenta a continuación ha sido hecho tratando de tomar lo mejor de otros y siguiendo un orden muy semejante al que se usó en el antiguo Hospital Chapuí.

Después pasaremos a ver uno por uno, los diferentes apartados del examen.

ESQUEMA DEL EXAMEN MENTAL

1. Apariencia general, actitud y comportamiento
 - Apariencia
 - Conación. Actividad
 - Expresividad
 - Voz
 - Lenguaje
 - Relación con el entrevistador
2. Afecto
3. Pensamiento
 - Producción
 - Cuso
 - Contenido
4. Percepción
5. Sensorio y capacidad intelectual
 - Conciencia
 - Orientación
 - Atención
 - Memoria
 - Inteligencia

- Cálculo
 - Capacidad de abstracción
 - Vocabulario e información general
6. Juicio
 7. Conciencia de enfermedad (insight)
 8. Confiabilidad
 9. Impresión diagnóstica

En el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Ant. Chapuí se acostumbra, al escribir el examen mental, poner sólo los siguientes títulos de apartados:

Apariencia general, actitud y comportamiento

Afecto

Producción del pensamiento

Curso del pensamiento

Contenido del pensamiento

Percepción

Conciencia

Orientación

Atención

Memoria

Inteligencia

Cálculo

Capacidad de abstracción

Vocabulario e información general

Juicio

Conciencia de enfermedad (insight)

Confiabilidad

Impresión diagnóstica

Nota: Los alumnos, al redactar los exámenes mentales, deben incluir las siguientes partes, por separado, dentro de apariencia general, actitud y comportamiento:

Conación

Ejecución del acto (o actividad)

Expresión

Voz

Lenguaje

Relación con el entrevistador

Pasamos ahora a estudiar cada uno de los apartados del examen del estado mental

1. APARIENCIA GENERAL, ACTITUD Y COMPORTAMIENTO

En este apartado se describen aquellos aspectos del estado mental del paciente que son más obvios.

En primer lugar debemos describir la apariencia del paciente, incluyendo su sexo, ropa, maquillaje y estado de limpieza. Nos interesan en especial aquellas características que no parezcan apropiadas a la situación, o que resulten incongruentes unas con otras. Por ejemplo, un hombre vestido con un frac asquerosamente sucio.

Esperamos que el hombre vista como hombre y la mujer como mujer; el viejo como viejo y el joven como joven. Una mujer de 40 años que vista como una adolescente, debe llamarnos la atención.

Es muy importante tener en cuenta la moda. Hace unos veinticinco años, veíamos a un hombre con barba, cabellera larga y sandalias... y prácticamente podíamos diagnosticar "esquizofrenia". Hace diez años, eso podía ser simplemente "moda".

Igualmente importante es tomar en cuenta el contexto de la situación. Alguien puede tener los ojos rojos y llorosos porque acaba de estar en un lugar en que lanzaron gases lacrimógenos; sería un error concluir que está deprimido.

Luego de referirnos a la apariencia general, pasamos a describir la conación y la actividad del paciente. La actividad se refiere a toda la conducta motora e incluirá los actos del individuo y su lenguaje (oral, escrito y mímico). Por la importancia que tienen, el lenguaje y la expresividad se describen por aparte. La conación se refiere a la tendencia del individuo hacia la acción; no es determinado tipo de conducta, sino un aspecto presente en toda forma de conducta (EE, p. 104). Se diferencia de la voluntad en que no necesita ser consciente.

Es bueno recordar que no todo aquello que pensamos lo volvemos acción; y que por otro lado, algunos movimientos nuestros (los reflejos), no tiene origen psíquico.

Para que efectuemos un acto voluntario, es de necesidad que primero sintamos el deseo de llevarlo a cabo y que decidamos hacerlo; es decir, que debe existir la conación. Después de eso vendrá el acto propiamente dicho. Por esto estudiaremos primero los trastornos de la conación y luego los de la actividad.

ALTERACIONES DE LA CONACIÓN

A. Alteraciones Cuantitativas

1. Abulia: Etimológicamente significa "sin voluntad". Es la incapacidad de experimentar deseos y de tomar decisiones. En la práctica se utiliza en vez de hipobulia, significando no una incapacidad absoluta, sino cierto grado de dificultad para desear y decidir. Se presenta en neuróticos, en esquizofrénicos (especialmente en los catatónicos), en los deprimidos y en estados demenciales severos.

2. Hipobulia: Poca capacidad para desea y decidir. Se ve en los mismos casos que el término anterior.
3. Hiperbulia: Una capacidad, mayor de lo usual, para experimentar deseos y tomar decisiones. Esto es normal en algunos individuos decididos y emprendedores. Se considera patológico cuando se traduce en actos no adecuados a las normas de la sociedad. Por ejemplo, en los maníacos y en excitaciones psicomotrices.

B. Alteraciones Cualitativas

Se llaman impulsos a ciertos actos instintivos que empujan al hombre con gran fuerza hacia la acción. En forma normal, sirven para la conservación de la especie. En forma patológica, se llaman:

1. Impulsos mórbidos: Actos que presionan urgentemente para expresarse, igual que si fueran instintos, y que van contrarios a los instintos normales.
 - a. Pica: Impulso mórbido que lleva a comer objetos o sustancias raras, como tiza, tierra o jabón. Se ha dicho que se presenta en niños carentes de vitaminas y minerales. Son los “antojos” de las embarazadas.
 - b. Coprofagia: Impulso mórbido a comer excremento.
 - c. Homosexualismo: Necesidad de un compañero del mismo sexo, para lograr satisfacción sexual.
 - d. Piromanía: Impulso mórbido a hacer incendios.
 - e. Cleptomanía: Impulso mórbido a robar. Un ladrón que roba por negocio y no en respuesta a un impulso irresistible, no es un cleptómano.
 - f. Y muchos otros, como fetichismo, masoquismo, etc.
2. Compulsiones: Son actos que, como en el caso de los impulsos, presionan violentamente para volverse realidad. Sólo que son contrarios a los deseos conscientes del individuo. Por ejemplo, un paciente que desearía estar acostado en su cama, siente la necesidad imperiosa de ponerse en pie y asomarse a la ventana; y sin otro motivo, algo lo obliga y lo lleva hasta la ventana. Típicamente se presentan en las neurosis obsesivo-compulsivas. Las compulsiones serán explicadas en mayor detalle en “Contenido del Pensamiento”.

ALTERACIONES DE LA EJECUCIÓN DEL ACTO

1. Apraxia: Consiste en que, cuando se le indica al paciente que ejecute un acto anteriormente aprendido por él, se muestra incapaz de hacerlo, a pesar de que no presenta parálisis, ni ataxia (incoordinación de movimientos), ni agnosia (se explicará bajo “Lenguaje”). Por ejemplo, se le pide al paciente que escriba sobre un papel y el enfermo trata de escribir tomando el lápiz al revés, con la punta hacia arriba. Hay varios tipos de apraxia. Se presentan en las demencias.
2. Estado de agitación: Son de diferentes tipos, y se caracterizan por la ocurrencia de conductas anormales (que duran de minutos a días), con exuberancia de movimientos, que no son apropiados a la situación. Se presentan en la neurosis histérica disociativa, en la neurosis de angustia, en la esquizofrenia catatónica y en otras psicosis (V., p. 58).

3. Estupor: Es la ausencia de toda actividad motora consciente e inconsciente, con conservación de los reflejos y a veces conservación del lenguaje interno. (V., p. 60). Se presenta en catatonia y en depresiones.
4. Negativismo: Consiste en que el paciente se resiste a todo lo que se le dice. Si, por ejemplo, le pedimos que abra la boca, la cierra fuertemente. Si le hablamos, no contesta (Mutismo). Se ve en la catatonia; a veces en depresión; en histeria; en deficientes mentales; y en niños caprichosos.
5. Estupor negativista: Se combinan aquí los dos términos anteriores. El paciente no sólo está en estupor, sino que además se mantiene rígido por una gran contracción muscular.
6. Obediencia automática, o comportamiento automático: Aquí, el paciente obedece a todo lo que se le diga, aún exponiendo su seguridad física. Si, por ejemplo, le pedimos que saque la lengua para clavarle un alfiler, la sacará. (Creo que en la práctica este tipo de prueba es cruel e innecesaria, aunque no estemos pensando en realmente punzarle la lengua). Se ve en la catatonia. Una variación de este síntoma consiste en que el paciente repite lo que uno le dice. Por ejemplo, le preguntamos "Qué hora es? Y nos responde "Qué hora es?". Esto se llama ecolalia. Otra variedad es la ecopraxia, en la que el paciente imita los actos de su interlocutor.
7. Estereotipias: Se refiere a la tendencia del paciente a repetir determinadas actividades (N.K.), p. 68). Hay diferentes tipos; estereotipias de actitud, cinéticas y del lenguaje.
 - a. Catalepsia: Es una estereotipia de actitud, en la cual todo el cuerpo, a parte de éste, se mantiene rígido por un tiempo muy prolongado; este tiempo y esta rigidez son mucho mayores que en el caso de que la rigidez fuera un acto voluntario (H., p. 158). Según Kolb y Brodie, la catalepsia consiste en la "inmovilidad constante y prolongada, en una misma posición", sin estipular que debe existir rigidez (K.B., p. 113). Se presenta con frecuencia en la histeria, en la epilepsia, en la esquizofrenia (catatónica) y en la hipnosis (E.E., p. 76)
 - b. Flexibilidad cérica: Consiste en que el paciente, que presenta catalepsia, permite que el examinador le coloque sus extremidades en posiciones raras, forzadas y permanece así por grandes ratos, hasta agotarse. Por ejemplo, colocamos al enfermo de pie, con los brazos abiertos y en cruz, y así se queda sin cambiar de posición. Se ve en catatónicos. (N.K., p. 68).
 - c. Manerismos: Son estereotipias cinéticas y consisten en actos sencillos e innecesarios que el paciente realiza en el curso de sus actividades voluntarias (V., p. 63). Entran aquí ciertos gestos y peculiaridades al caminar. Por ejemplo, una persona que con frecuencia, e innecesariamente, se limpie la boca con su mano. Se presenta en esquizofrénicos (tipos hebefrénicos y catatónicos) y en neuróticos obsesivos.
 - d. Tic: Es un movimiento brusco, repetitivo, de un mismo grupo muscular; se acentúa cuando la persona sabe que está siendo observada; y desaparece durante el sueño. La persona puede inhibirlo voluntariamente, pero esto le crea una gran ansiedad. (G.P., p. 53). Se presenta en neuróticos y en la "enfermedad de los tics".
 - e. Rituales: Son actos más o menos complicados, que efectúa el paciente en forma repetitiva y con finalidad sólo conocida por él, y que están directamente relacionados con sus ideas delirantes, sobrevaloradas u obsesivas (ver "Contenido del Pensamiento") (V., p. 63). Se ve en neuróticos obsesivos y en esquizofrénicos.

- f. Paleoquinesias: Se refiere a movimientos estereotipados, de un origen muy primitivo en la evolución de la actividad. (C. P., p. 82). Se ve en pacientes que mueven la cabeza hacia adelante y atrás, o se mecen o hacen movimientos de chupeteo. Se presentan en retardados mentales y en esquizofrénicos muy regresivos.
- g. Verbigeración: Es una estereotipia del lenguaje, y se verá al estudiar el “Curso del pensamiento”.
- h. Trastornos motores de tipo extrapiramidal: Son interesantes en psiquiatría porque con frecuencia se presentan como efecto tóxico de las drogas fenotiacínicas (que se usan para tratar las psicosis). Pueden aparecer aquí, temblores, especialmente de las manos; boca forzosamente abierta, con protrusión de la lengua; ojos vueltos hacia arriba; cabeza torcida hacia un lado; tendencia a estar caminando constantemente.

Después de describir la actividad del paciente, y aún dentro del apartado de “Apariencia general, actitud y comportamiento”, debemos mencionar algo acerca de la expresión del paciente, indicando si éste se muestra alegre, triste, indiferente, enojado, con cara de temor o de sorpresa, etc.

Para aprender a reconocer mejor las variaciones de la expresividad, se sugiere estudiar los rostros de los actores en la televisión; o de los amigos; o de las gentes en los autobuses. Si decidimos que una persona parece triste, debemos entonces preguntarnos en qué nos basamos para llegar a esa conclusión. Los caricaturistas tienen la habilidad de expresar muy bien, y con sólo los trazos indispensables, las diferentes emociones. El estudio de sus dibujos nos puede enseñar mucho.

La voz de una persona nos indica mucho acerca de sus emociones. Por eso es importante que describamos la voz del paciente.

Primeramente debemos notar si la voz tiene un tono apropiado al sexo y a la edad. Es importante si una mujer habla con voz hombruna, o si un hombre lo hace con voz de niño.

También es importante el volumen. Habla a gritos? O lo hace tan quedito que cuesta oírle?

La voz puede temblar en una persona asustada. O se puede quebrar de pronto, al tocar en la conversación un tema doloroso. O puede ser el primer indicio de que la persona está enojada, o resentida. Algunos pacientes hablan con voz afectada. Otros imitan un acento extranjero.

LENGUAJE

El mecanismo que utilizamos para comunicarnos con nuestros semejantes se llama lenguaje. Cuanto éste se efectúa por medio de sonidos producidos por las cuerdas vocales, se llama lenguaje oral. Si se lleva a cabo a través de trazos y signos convencionales, es lenguaje escrito. Y cuando se logra por medio de ademanes y de gestos, se llama lenguaje mímico.

Trastornos del lenguaje oral, por causas orgánicas:

1. Disartria: Es una alteración de la articulación de la palabra que tiene su origen en una afección neurológica. Algunos sonidos salen temblorosos e incoordinados. Se presenta en la parálisis general progresiva; en la parálisis pseudobulbar; en las lesiones de algunos nervios craneales y en los trastornos cerebrales provocados por el alcohol o los barbitúricos.

2. Dislalia: Según el diccionario médico (D., p. 463), es un trastorno de la pronunciación, debido a una anomalía de los órganos externos del lenguaje; esto es, debido a defectos de la lengua, del velo del paladar, etc. En estos casos no hay compromiso neurológico. Según Bakwin y Bakwin (B B, p. 363), los dos tipos de dislalia más comunes son: el lambdacismo o lalación, en el cual la “r” se pronuncia como “l”; todavía más frecuente es el ceceo, que es la incapacidad para pronunciar correctamente alguno de los sonidos sibilantes (“s”, “z”, “ch” y los sonidos “sh” y “j” del inglés); Garfinkel (Re., p. 222) agrega el rotacismo, cuando el problema es con el sonido “r” o “rr”; y el gamacismo, en el cual la letra “g” es pronunciada como “d”. Algunos autores usan el término dislalia como sinónimo de “tartamudeo”. (V., p. 73).
3. Afasia: Es la dificultad para comunicarse, a pesar de contar con aparatos sensorial y motor sanos. Es el resultado de lesiones en la corteza cerebral. El lenguaje consta de dos fases: una de comprensión o la expresión. Por ejemplo, el paciente es incapaz de entender una palabra que oye; o es incapaz de decir alguna palabra. Podría ser que lo que diga sea totalmente incomprensible.

Trastornos del lenguaje oral, por causas psicológicas:

Varios de los trastornos que tienen cabida aquí, se dejarán para estudiarlos dentro del “Curso del Pensamiento”.

1. Mutismo: Consiste en que el paciente no responde a las preguntas, ni habla espontáneamente. Se presenta en esquizofrénicos catatónicos; en esquizofrénicos con ideas delirantes que los hacen sentir que no deben hablar; en pacientes con síndrome cerebral orgánico; y en depresiones de tipo psicótico.
2. Verbilocuencia: El paciente habla usando palabras rimbombantes y construcciones gramaticales rebuscadas. Se presenta en pacientes con ideas delirantes de grandeza, y en personalidades histéricas (V., p. 72)
3. Musitación: Se refiere a que el paciente habla constantemente, en voz baja, de modo que es difícil, o imposible, entenderle. Se presenta en esquizofrénicos.
4. Monólogo: El paciente habla solo, en voz alta y haciendo frecuentes ademanes. Se presenta en esquizofrénicos.
5. Ecolalia: Ya se describió como una forma de obediencia automática, en la cual el paciente repite lo que el interlocutor le acaba de decir o de preguntar. Puede presentarse normalmente, como una forma de ganar tiempo para pensar la respuesta. Patológicamente, se ve en catatónicos.
6. Neologismo: Es una nueva palabra que el paciente inventa, o una vieja palabra que utiliza con un nuevo significado. Por ejemplo, un enfermo que se refiere a su corbata como “la bafauda”, o “el pañuelo”. Se presenta en esquizofrénicos.

Cómo último punto de la “Apariencia general, actitud y comportamiento”, debemos describir el tipo de relación con el entrevistador que el paciente estableció, o trató de establecer, durante la entrevista.

Desde que el paciente entra a la oficina y nos saluda, comenzamos a darnos cuenta de cómo va a ser su relación. El paciente puede avanzar confiadamente y saludar dando la mano. O puede tratar de mantenerse alejado del entrevistador y cercano a la puerta, cual si se dispusiera a huir en cualquier momento.

El paciente puede mostrarse cortés y respetuoso. O podría mostrarse grosero e insultante. O puede mirar con desdén al entrevistador. Puede responder a las preguntas en forma evasiva, como si tratase de ocultar algo. Puede mostrarse desconfiado, tratando de mirar qué hay en un cuarto vecino, o hasta buscando alguna supuesta grabadora oculta.

Es tan importante saber si el paciente trata sistemáticamente de oponerse a todo lo que diga el entrevistador, como lo es saber si sistemáticamente aplaude todas las ideas de éste.

2. AFECTO

El afecto se refiere al sentir del individuo. Básicamente se refiere a la reacción psíquica, subjetiva, de aceptación o rechazo ante estímulos externos o internos.

El afecto guía nuestras vidas: si algo nos agrada, tratamos de conseguirlo y de mantenerlo. Si algo nos desagradan, buscamos cómo alejarlo de nosotros, cómo eliminarlo. Con frecuencia, unos de nuestros intereses chocan con otros intereses nuestros y aparecen, así, los problemas. Algunas personas gustan de creer que su conducta está guiada por el pensamiento y no por el afecto; en realidad, detrás de su pasión por el pensamiento está su afecto (sólo se sienten bien si logran ignorar sus sentimientos).

Bleuler dice que en las enfermedades mentales los trastornos del afecto juegan un papel predominante y que, sólo en el retardo mental, en los cuadros confusionales y en la mayoría de los estados de delirio, el papel predominante corresponde a los trastornos del intelecto (citado en N.K., p. 79).

El afecto va a depender del equilibrio entre las necesidades e intereses del individuo y las condiciones ambientales (que le permiten lograr satisfacción o no) y del equilibrio entre las diferentes funciones del organismo (cuando una persona está enferma, su estado afectivo cambia, aún cuando el ambiente siga igual. (V., p. 645).

La afectividad se manifiesta por la expresión afectiva, por la conducta y por el lenguaje. Por ejemplo, una persona deprimida enseña en su cara la expresión de tristeza; su conducta muestra poca actividad; y hablará de temas tristes.

Humor o estado de ánimo: Se refiere al nivel afectivo habitual de una persona. Presenta ligeras oscilaciones. (V., p. 65)

Estados afectivos: Son las variaciones, de distintas intensidades, que modifican el humor de una persona, como respuesta a estímulos internos y externos.

Todos los estados afectivos pueden clasificarse en dos grandes grupos: aquellos que producen placer, tales como la alegría, el optimismo, el amor, la felicidad, etc.; y los que producen displacer, como el susto, el horror, la vergüenza, la repugnancia, la angustia, etc. (Ve, p. 397-398).

Emociones: Son cambios bruscos, intensos, del humor, generalmente de corta duración, que se presentan como respuesta a estímulos muy importantes para las necesidades e intereses del individuo (V., p. 65).

Las emociones se distinguen de los impulsos fisiológicos en que éstos últimos nacen de ciertas

necesidades de los tejidos y pueden ser satisfechos en formas bastante automáticas, estereotipadas; mientras que las emociones se presentan como una respuesta ante una situación cuyo significado es comprendido conscientemente por el sujeto, y son reacciones ante situaciones para las cuales no hay una respuesta habitual (W., p. 10708). A veces no conocemos conscientemente el motivo de la emoción que experimentamos. En la 4ª. edición del último libro citado se dice que “las emociones con frecuencia dependen de la conciencia que tiene el organismo de la importancia de una situación”. (W.W., p. 488). En la crisis de ansiedad, el sujeto no sabe por qué se siente angustiado; y en las fobias, el sujeto está equivocado en cuanto al motivo real de su angustia.

La emoción consta de dos tipos de respuestas: una es extrema, visible, como la apariencia de la cara durante la risa, el llanto, la ira, etc.; la otra es interna, de tipo neurovegetativo (por ejemplo, taquicardia, vasoconstricción periférica, etc.)

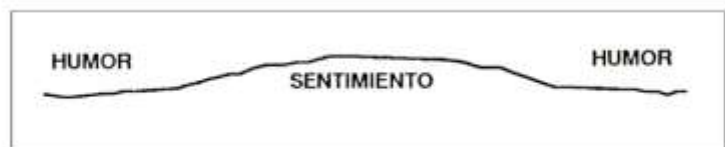
Todos los estados afectivos pueden clasificarse en dos grandes grupos: aquellos que producen placer, tales como la alegría, el optimismo, el amor, la felicidad, etc.; y los que producen displacer, como el susto, el horror, la vergüenza, la repugnancia, la angustia, etc. (Ve., p. 397-398)

Emociones primarias y secundarias: Tiempo atrás se decía que las emociones primarias eran tres: el miedo, la cólera y el amor. Se les consideraba primarias por ser reacciones afectivas muy intensas que manifiestan directamente lo instintivo, y que están ligadas a la conservación del individuo y de la especie (B., p. 184). Se consideraba que las emociones primarias provocaban en la psique reacciones secundarias de placer o displacer y a las nuevas emociones resultantes, se les llamaba emociones secundarias o complejas. Habría, claro está, muchas emociones secundarias (B., p. 185.187).

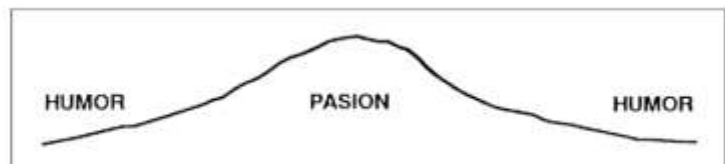
Sentimientos: Son reacciones afectivas que aparecen lentamente y se mantiene durante un tiempo largo; son respuestas a estímulos relacionados con las necesidades e intereses sociales del sujeto. (V., p. 65). Si el estímulo que provocó el sentimiento cesa de existir, el sentimiento va desapareciendo poco a poco. El sentimiento no se acompaña de cambios fisiológicos evidentes, pero sí puede producir cambios internos que llevan a la aparición de trastornos psicofisiológicos (úlceras pépticas, jaqueca, etc.)

Pasión: Es un sentimiento muy intenso, que, por su gran fuerza, hace que el sujeto pierda su objetividad, triunfando lo afectivo sobre lo intelectual (C.P., p. 70). La pasión se manifiesta claramente en la conducta (V., p. 65). Según Velasco de Frutos, podemos olvidarnos de este término, asimilándolo a la emoción “en cuanto a su violencia y repercusión en toda la vida del individuo” (Ve., p. 398).

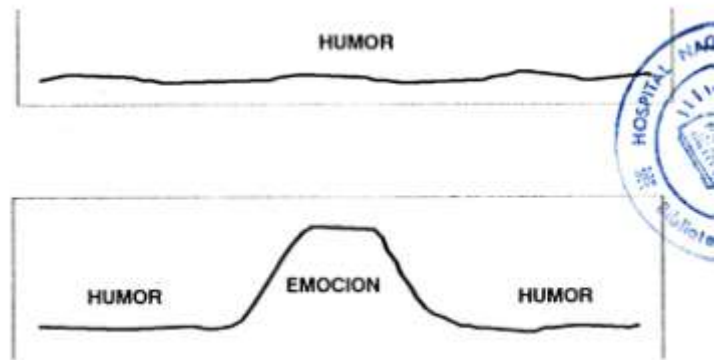
Para aclarar y resumir, podemos representar el humor con una línea con pequeñas oscilaciones en el tiempo, así:



Una emoción se apartaría bruscamente de esa línea, por un tiempo corto, con un retorno bastante rápido al humor usual, así:



El sentimiento aparecería más lentamente, duraría más y desaparecería poco a poco, así:



La pasión tendría mayor intensidad que el sentimiento y mayor duración que la emoción, así:

Normalmente, el afecto puede sufrir alteraciones dolorosas que resultan de situaciones difíciles que la vida le ofrece al ser humano. Por el solo hecho de que tales respuestas afectivas sean desagradables no las vamos a considerar como patológicas. Nos referiremos brevemente a la angustia y al duelo.

Angustia o ansiedad: Estos términos los usamos como sinónimos, aunque unos autores los diferencian en un sentido y otros en otro. Es una emoción secundaria displacentera, en la cual el sujeto experimenta un estado de aprehensión, tensión e inquietud, debido a que presiente un peligro cuya fuente desconoce por completo o casi por completo.

La causa que provoca esta reacción es, básicamente, intrapsíquica. La angustia y el temor son muy semejantes, con cambios fisiológicos similares. Se diferencian en que la causa que motiva la angustia es básicamente intrapsíquica y desconocida, mientras que el motivo del miedo es reconocido conscientemente y la mayoría de las veces es un peligro externo (A. P. A., p. 13).

La ansiedad será o no patológica, dependiendo de su intensidad, de su duración y de las circunstancias que la provoquen (S. P., p. 51).

La ansiedad normal es aquella que responde a un peligro real y guarda una intensidad proporcional a la gravedad del peligro.

Cuando, por ejemplo, los empleados de una institución se enteran por los diarios de que se avecinan cambios muy importantes en su lugar de trabajo y nadie sabe en qué van a consistir esos cambios, existe una amenaza real para esos empleados; sin embargo, aunque ellos saben que están en peligro, no pueden orientarse con respecto a la naturaleza y grado de ese peligro. Estas situaciones provocan angustia y ponen a prueba la salud mental de los afectados. Por eso no es raro que en estos casos alguien explote con agresividad descontrolada, o que alguno se suma en la depresión. La respuesta de angustia sería normal; las de agresividad o depresión, no.

Duelo: Es la pena que normalmente sufre una persona cuando pierde a un ser querido. El individuo reacciona con: dolor psíquico y llanto intermitente; tendencia a querer negar la realidad de que el ser querido está muerto, sentimiento de rabia con el destino o contra Dios; el pensamiento gira alrededor del muerto; la persona repasa su conducta para ver si se portó bien o mal con el difunto; se despreocupa de lo que la rodea y se aleja emocionalmente de las otras personas.

Al principio, la sola mención del nombre del muerto revive el dolor y el llanto, pero, conforme pasan los días, la persona va controlando mejor sus reacciones. Al fin deja de pensar en el ser perdido y se acomoda a su nueva vida sin esa persona.

Freud encontró que el cuadro del duelo y el de la depresión son muy parecidos; sólo que en la depresión el paciente reacciona ante una pérdida interna y no ante una externa (por ejemplo, al descubrir que un amigo es una mala persona).

Lo mejor que le puede pasar a una persona que sufre un duelo es que logre expresar sus emociones. Algunas personas no consiguen llorar al muerto y más adelante pueden presentar patología en sus relaciones humanas. El médico puede ayudar recomendándole a los parientes que le permitan llorar a la persona afligida. En la actualidad hay una tendencia grande en la gente a querer huir del dolor. Cada vez vemos más cómo, cuando alguien muere, inmediatamente se busca inyectar con tranquilizantes a los parientes del muerto. Eso está bien cuando ya la reacción del doliente es demasiado intensa; pero no debemos asustarnos porque alguien sufra normalmente. Es a través del dolor que el hombre madura.

TRASTORNOS DEL AFECTO

Los estados afectivos que puede presentar una persona son muchos: júbilo, euforia, desilusión, tranquilidad, apatía, tristeza, enojo, rabia, angustia, pánico, etc. Como dicen Solomon y Patch (S. P., p. 31), lo importante es describir en forma precisa qué es lo que el paciente está sintiendo, y no contentarse con etiquetas de una palabra, como “deprimido” o “ansioso”. Sin embargo, esas etiquetas se emplean mucho y es necesario conocerlas.

Los trastornos del afecto los podemos dividir en cuantitativos y cualitativos.

Trastornos cuantitativos del afecto

Hipertimia: Se refiere a la presencia de afecto en exceso. Una persona con hipertimia está presentando una reacción afectiva intensa, ya sea en el sentido de placer o de sufrimiento. Por lo tanto, las hipertimias se dividen en hipertimia placentera e hipertimia displacentera.

- A. Hipertimias placenteras: Estados afectivos muy intensos, que subjetivamente son placenteros. Estudiaremos aquí los estados de euforia, júbilo, exaltación y éxtasis.
1. Euforia: Estado afectivo en el cual el individuo tiene un sentimiento de bienestar psíquico y físico, siente confianza y su actitud es de seguridad. Se presenta en la hipomanía, en la meningoencefalitis luética, en la esclerosis múltiple y en algunos casos de tumor del lóbulo frontal (N. K., p. 80).
 2. Júbilo: Estado afectivo en el que el paciente irradia un aire de felicidad y confianza en sí mismo y muestra una gran actividad. Si se le presenta alguna situación que pudiera producirle tristeza, el paciente la desecha como no importante. Fácilmente puede trocarse en irritabilidad (N. K., p. 80). Se ve en hipomanía y en esquizofrenia (N., p. 1639).
 3. Exaltación: Estado afectivo igual al júbilo, pero acompañado de una actitud grandiosa (N. K., p. 308).
 4. Éxtasis: Estado afectivo en el cual el sujeto rompe toda comunicación con el medio ambiente y parece transportado a otro mundo, en el que se halla

identificado con un gran poder cósmico. A menudo el paciente lo vive como un renacimiento. Se ve en histerias disociativas, en epilépticos, en esquizofrénicos y en la fase maníaca de la enfermedad maniaco depresiva (P., p. 266), (N. K., p. 80), (N., p. 192-193).

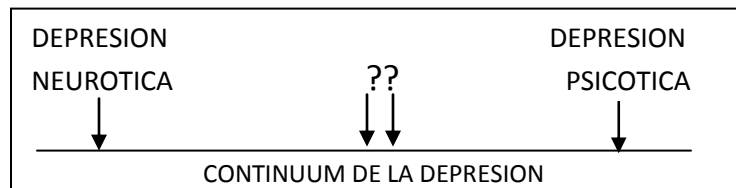
- B. Hipertimia displacentera: Estado afectivo muy intenso, que subjetivamente es displacentero. Se estudia aquí la depresión, que es uno de los síntomas más frecuentes e importantes de la psicopatología.

Depresión: ES la forma patológica de la tristeza o duelo; es una reacción desproporcionada a la pérdida sufrida, y puede presentarse como un síntoma neurótico o psicótico.

Con respecto a la causa aparente, las depresiones se clasifican en reactivas y endógenas. Una depresión reactiva es aquella que se presenta como consecuencia de algún suceso o situación que normalmente produciría tristeza (en la depresión, sin embargo, la reacción es mayor que en la tristeza normal. Una depresión endógena es aquella que parece presentarse sin ninguna causa externa (N. K., p. 81). La depresión reactiva se llama también reacción depresiva; es de tipo neurótico y mucho menos severa que la endógena; y, por lo tanto, de manejo muchos menos difícil que ésta última. Quienes usan el término "depresión endógena" consideran que la causa de esta depresión es exclusivamente orgánica y sin causa psicológica (S. P., p. 61). Otros psiquiatras consideran que, si no se hallaron motivos psicológicos, fue porque no se supo buscarlos, ya que esos motivos suelen ser muy sutiles.

La depresión neurótica y la psicótica (loca) están colocadas en un continuum; los casos extremos se pueden diferenciar sin dificultad, pero con los intermedios, no se puede dar con precisión el diagnóstico (S. P., p. 59).

Sin embargo, a la hora de planear el tratamiento, es muy importante diferenciar entre una depresión neurótica (leve) y una depresión psicótica (severa) (S.P., p. 59).



Lo que siente el deprimido es subjetivo y no podemos percibirlo, a no ser que el paciente nos lo diga; pero la depresión se manifiesta por medio de la expresión del paciente, de su actividad y del contenido de su pensamiento (lo que habla).

Depresión leve: Se caracteriza por una falta de entusiasmo y de interés que se describe muy bien por una expresión vulgar de nuestro pueblo: el sujeto se siente "aguevado". La cara está relajada y casi no hay cambios faciales. Puede haber, o no, llanto. El entrecejo puede mantenerse arrugado; a esto se le ha llamado la omega de la depresión (por comparación con la letra griega de ese nombre). La línea de la boca dibuja una curva convexa hacia arriba (al contrario de lo que ocurre en la sonrisa, en la cual la curva es cóncava hacia arriba). La persona tiende a encorvarse, con la cabeza baja y mirando al suelo. Se mueve poco y se siente fatigada.

Habla como sin ganas y con un enfoque pesimista, desechando las ideas o planes que pudieran traerle optimismo. Le cuesta tomar decisiones y está muy preocupada por sus problemas personales (S. P., p. 58), (N. K., p. 80).

Conforme la depresión se va volviendo más severa, mayor va siendo la disminución de toda la actividad: menos cambios faciales; menor movimiento corporal; habla muy poco o nada; y pierde cada vez más el apetito, el sueño (sufrir de insomnio) y el deseo sexual (aparece impotencia) (S. P., p. 59).

Depresión profunda: La persona constantemente se siente mal, cualquier experiencia es psíquicamente dolorosa. Le cuesta mucho conversar. Como tiende a ver todo con pesimismo, siente que la

gente no lo quiere y que lo rechaza (N. K., p. 81).

La lentificación psíquica puede llegar a ser tan intensa que el paciente cae, en un cuadro de estupor depresivo, en el cual se mantiene inmóvil, mutista, obnubilado (ver trastornos de la conciencia), e intensamente preocupado con ideas de muerte, y alucinaciones como en ensueños (N. K., p. 312).

Las depresiones suelen acompañarse de molestias físicas: cefalea (dolor de cabeza), anorexia (falta de apetito), que acarrea pérdida de peso, lengua saburral (lengua sucia), insomnio, estreñimiento, cansancio y una serie de dolores mal definidos (N. K., p. 81), molestias gastrointestinales e irregularidades menstruales (S. P., p. 53). Siempre que un paciente presenta una serie de quejas mal definidas, para las cuales no se encuentra una explicación médica, debe recordarse la posibilidad de que se trate de una depresión. A ese tipo de molestias se les llama equivalentes depresivos.

Depresión agitada: Es una forma de depresión en la cual el paciente se queja todo el tiempo de dolores y sufrimientos, habla mal de sí mismo, declarándose culpable, y se mueve constantemente (S. P., p. 59). Es importante reconocerla porque se acompaña de gran peligro de suicidio.

Depresión enmascarada: Este término se aplica a ciertas conductas, de tipo neurótico, por medio de las cuales el sujeto logra maltratar a quienes le rodean, como si lo importante fuera que alguien sufra, aunque no sea el propio paciente (S. P., p. 223-224).

Depresión sonriente: Tipo de depresión en que el sujeto parece sentirse bien cuando, por sus circunstancias, esperaríamos que se sintiera triste. El paciente consulta por algún dolor crónico, alcoholismo, etc. Estos pacientes merecen atención por el peligro de que se suiciden.

Depresión neurótica y depresión psicótica: Si comparamos estos dos tipos de depresiones, la diferencia principal va a estar en que el neurótico básicamente apegado a la realidad, mientras que el psicótico pierde el contacto con la misma.

Clínicamente nos encontramos con que la forma neurótica es menos severa que la forma psicótica. Aunque el paciente está triste, no se mantiene así todo el tiempo; si se le cuenta un chiste, es capaz de reír; llegan amistades a visitarlo, y por un rato parece olvidarse de su depresión.

El neurótico puede quejarse de que ha perdido el apetito, pero en realidad vemos que no pierde peso, o pierde muy poco. Se ha dicho que una pérdida de peso de 7 libras, o más, por mes, indica una depresión severa.

El insomnio del neurótico se presenta al principio de la noche; le cuesta dormirse, pero después duerme bien. En las depresiones severas aparece un insomnio que se presenta en la madrugada; si el paciente acostumbraba despertarse a las 6 a.m., ahora lo hace a las 5 a.m., y luego a las 4 a.m., etc.; y después de que despierta, ya no puede volver a dormirse. Hay neuróticos deprimidos que más bien sufren de hipersomnia (duermen mucho), pero eso es un problema aparte.

El neurótico no manifiesta culpa, aunque éste sea un elemento muy importante en las depresiones (S. P., p. 223). En cambio, el psicótico se siente muy culpable y puede auto acusarse hasta de ser la causa del próximo fin del mundo.

El psicótico puede presentar ideas delirantes (creencias falsas) llenas de contenido y pesimista y trágico. También puede presentar ideas delirantes de tipo hipocondríaco (Ejemplo: "Tengo el hígado deshecho y mis pulmones están podridos"). El neurótico no presenta ideas delirantes.

Suicidio: El gran peligro de las depresiones es que pueden terminar en suicidio. Este se presenta especialmente en depresiones de tipo psicótico, pero puede ocurrir en depresiones neuróticas (S. P., p. 220).

Detrás de toda depresión hay hostilidad: el deprimido no hace otra cosa que maltratarse a sí

mismo; piensa, no nos dice, que él es malo, o que no sirve para nada; descuida su apariencia personal; le niega alimento a su cuerpo; pronostica, o dice que ya han sucedido, cosas terribles; cree que su cuerpo sufre grandes males; y, finalmente, con sus demostraciones de dolor provoca culpa en aquellos que le rodean. Como todo ser humano, el deprimido siente impulsos hostiles, pero no sabe qué hacer con ellos. Lo que él necesita es aprender a canalizar su hostilidad en forma apropiada. Si el deprimido aprendiera a pelear con sus padres, o con su esposa, si pudiera discutir con sus amigos, si pudiera decir "no" cuando le piden un favor que no desea hacer... no se deprimiría. Pero él siente que no puede ser hostil; los resultados serían terribles, según él. Digamos que, ante la sola posibilidad de enojarse, ya se siente culpable. Con el único que se atreve a enojarse es consigo mismo. Es así como el deprimido puede llegar a convertirse en un homicida: a través del suicidio. (La anterior explicación es simplificada e incompleta).

En estudios hechos sobre el suicidio se ha encontrado que una gran mayoría de los suicidas le advirtieron a alguien acerca de sus intenciones (S. P., p. 32). Por esto, nunca debemos tomar a la ligera una amenaza de suicidio. Cuando un paciente expresa deseos de matarse, el médico debe discutir el asunto con él ahí mismo y en ese momento. No debe posponerse la discusión para más tarde, pues podría ser que más tarde el paciente ya esté muerto. Si el médico no evade el tema, es posible que logre que el paciente exprese sus sufrimientos. El médico debe escucharlo y tratar de comprenderlo.

De ser posible, debe facilitar la expresión de hostilidad por parte del paciente, sin culparlo por hacerlo. Si el paciente se enoja con el médico y lo manifiesta, magnífico; eso sí, el médico no debe aguantar sumisamente el castigo del paciente, pues eso haría que éste último se sintiese luego más culpable, por haber maltratado al médico. Lo deseable es que el paciente descubra que él puede enojarse y expresar lo que siente sin que nada terrible le pase a la otra persona, ni a él.

Después de darle al paciente la oportunidad de desahogarse, el médico debe plantearle la conveniencia de que consulte sobre sus problemas con un psiquiatra. No debe concluir aquí su ayuda, sino que debe de ayudarlo ahí mismo a ponerse en contacto con un especialista. El médico puede telefonar al psiquiatra, explicarle que se trata de un paciente con ideas de suicidio, y presentárselo por el teléfono. Así se facilita la llegada del paciente al consultorio del psiquiatra. Si el médico está viendo al posible suicida en una institución en la cual hay psiquiatría, se debe facilitar la interconsulta inmediata. Si no hay esa facilidad, se le debe plantear al paciente la necesidad de que se interne en un hospital o pabellón psiquiátrico. A veces esta propuesta lo enoja; en tal caso, como ya dijimos, no debemos tratar de evitar que se enoje, sino dejarlo que diga lo que siente, sin dejarnos apabullar por él y sin maltratarlo.

Hay ciertos hechos que nos avisan de un mayor riesgo de que el paciente se suicide (S. P., p. 326). Si está, o ha estado psicótico, el peligro aumenta mucho; especialmente se alucina voces que le ordenan matarse. Con frecuencia hay intentos de suicidio de mujeres histéricas que en realidad no esperan morir, sino provocar una reacción en sus allegados. Sin embargo, aún estos intentos pueden acabar en la muerte de la paciente, accidentalmente (por ejemplo, la persona que debería llegar a tiempo para descubrir el intento de suicidio, sufre un atraso imprevisto). Si la persona ya ha intentado suicidarse anteriormente, o si ha escrito una nota de suicidio, hay mayor peligro. Cuando la persona sufre de una enfermedad crónica o de muy mal pronóstico, o sufre de quejas hipocondríacas, o ha sido mutilada quirúrgicamente (mastectomía, por ejemplo), el riesgo aumenta. Igualmente sucede cuando el paciente padece de problemas tales como homosexualismo, adicción a drogas o alcoholismo. El climaterio (aproximadamente de los 40 a 50 años en la mujer y de los 50 a 60 años en el hombre) es una época que aumenta el peligro del suicidio.

Para interrogar al paciente acerca de ideas de suicidio, primero le preguntamos sobre su estado de

ánimo, o si se ha sentido “obstinado?” “Ha sentido deseos de morirse?” Si la respuesta es afirmativa, “ha pensado usted en matarse?” Si contesta que sí, le preguntamos “Cuándo fue eso?” y “Cómo pensaba hacerlo?”. Luego: “Ha tratado alguna vez de matarse?” “Actualmente, siente usted deseos de matarse?” Y así, hasta tener claras las ideas del paciente.

Con frecuencia una persona nos dice que se siente aburrida de la vida y que desearía morir, pero que, por respeto a su religión, no lo haría. Otra, nos dice que “Yo siento ganas de morir, pero yo sé que ya no me mato, porque me da miedo”. En estos casos no hay mucho peligro de que la persona se mate (si no hay otras razones para pensar lo contrario).

Los trastornos cuantitativos del afecto incluyen no sólo las hipertimias, sino también la hipotimia.

Hipotimia, o afecto aplanado, o afecto lavado, o afecto inadecuado, o apatía: Estos términos nos indican que el sujeto reaccionando afectivamente de acuerdo con lo que se esperaría normalmente de una persona en esa situación. Por ejemplo, el paciente nos habla, con la misma expresión y el mismo tono de voz, acerca de que hace una semana se le enfermó gravemente un hijo, que acerca de que hoy le dijo el médico que su hijo vivirá; ni parece triste, ni alegre (S. P., p. 96). Esta falta de afecto puede ser considerada como una forma de defenderse el paciente: así evita los sentimientos dolorosos (N. K., p. 83). Este síntoma es típico de la esquizofrenia; sin embargo, algunos autores lo han reportado en casos de histeria (N., p. 181); para hacer la diferencia entre estas dos enfermedades debe uno recurrir a otros síntomas y no basarse en éste exclusivamente.

“La belle indifférence” (La bella indiferencia, en francés): Este síntoma se presenta en la neurosis histérica de conversión y consiste en que el paciente muestra tranquilidad e indiferencia respecto al síntoma que le aqueja, cuando sería de esperar que la presencia de tal síntoma le preocupara mucho (N. K., p. 437). Por ejemplo, un pianista, por una conversión histérica, sufre de lo que parecer ser una parálisis de su mano izquierda y tranquilamente conversa con sus amigos acerca de su enfermedad, sin mostrar la más mínima preocupación por la incapacidad que ésta le provoca. Este mismo paciente podría responder con risa o tristeza ante otros estímulos o situaciones.

Trastornos cualitativos del afecto

Angustia o ansiedad: Anteriormente dijimos que la ansiedad puede ser normal o patológica. Usualmente, estos términos se usan para referirse a la ansiedad anormal, de tipo neurótico (N. K., p. 82).

Si la angustia no le permite al sujeto sentirse razonablemente bien, o si no le permite ser efectivo en la vida, o le impide lograr sus metas y satisfacciones, es patológica (A.P.A., p. 13).

Se habla de “ansiedad libre flotante” cuando el paciente experimenta ansiedad sin tener idea de cuál es el motivo de que se sienta así. Frecuentemente lo que sucede es que el paciente desplaza la ansiedad de su motivo original a otro, y pasa a temer y preocuparse por este segundo motivo (N.K., p. 82).

La ansiedad es el síntoma básico de las psiconeurosis. Sin embargo, vemos neuróticos que muestran poca o ninguna ansiedad; lo que sucede es que algún mecanismo de defensa está encubriendo la angustia (N.K., p. 82). Los mecanismos de defensa se estudiarán con las psiconeurosis.

La persona que está ansiosa está inquieta, super-alerta e insegura. Tiende a moverse mucho, o se

queda rígida y tensa. Probablemente hable y fume mucho, o se coma las uñas, o se frote la cara, o mueva inquietamente sus pies, etc. Duerme mal, intranquila; probablemente tenga pesadillas. La angustia se acompaña frecuentemente de trastornos somáticos: sudoración excesiva de la cara y de las manos, con manos frías; pupilas dilatadas; respiración suspirosa; hiperventilación, con mareos y parestesias; espasmos gástricos, con anorexia (falta de apetito) y náuseas, diarrea o estreñimiento; taquicardia, extrasístoles, desmayos; tensión de músculos estriados, con dolor de nuca o de espalda y voz temblorosa (S.P., p. 52).

Ataque de ansiedad o ansiedad aguda: El paciente ha estado bien y de pronto, en cosa de minutos, o de pocas horas, se siente mal, sin saber qué le pasa. Las principales molestias son de tipo somático (palpitaciones, dispnea, dolor torácico o abdominal, desmayo, temblores o parestesias), lo cual ayuda a que el paciente crea que se está muriendo. Presenta hiper-reflexia tendinosa e hipertensión arterial sistólica, generalmente transitoria (S.P., p. 54).

Ansiedad crónica: El cuadro no es tan aparatoso como en la ansiedad aguda. El paciente se queja de que padece de “nervios”; se siente cansado, intranquilo; no puede relajarse ni dormir en calma; sufre de “dolor de cerebro” (dolor por tensión de los músculos de la nuca) y de molestias gastrointestinales (S.P., p. 55).

La sintomatología del cuadro de ansiedad se presenta, típicamente, en la neurosis de angustia; también en otras neurosis; en cuadros psicóticos; y en algunas enfermedades orgánicas como el hipertiroidismo, el feocromocitoma de las glándulas suprarrenales, etc. También aparece la angustia en el inicio del delirium tremens; o como efecto de la ingestión de alucinógenos; y en drogadictos que se abstienen de su droga (narcóticos y barbitúricos, meprobamato, etc.) (S. P., p. 56).

Afecto inapropiado: Este término se usa para indicar que el paciente presenta un afecto distinto al que normalmente se esperaría, de acuerdo a la situación (N.K., p. 83). Por ejemplo, al preguntarle a un paciente por su padre, soltó una carcajada y dijo: “A mi tata se lo llevó el río” (Se había ahogado). Se presenta en la esquizofrenia.

Ambivalencia: Se refiere a la presencia simultánea, o muy cercana, de sentimientos contradictorios respecto a una misma cosa, situación o persona. En las canciones populares de amor, con frecuencia se expresan sentimientos ambivalentes, como “Te odio y te quiero”. La ambivalencia afectiva se presenta en la esquizofrenia y en las neurosis (S.P., p. 88).

Labilidad afectiva: Consiste en que la persona cambia con gran facilidad de un estado afectivo a otro; los cambios son bruscos y duran muy poco. Normalmente lo vemos en los niños que, en un momento están alegres, luego llorando, y otra vez alegres. Se ve en el retardo mental, en la demencia, en la histeria, en la esquizofrenia y en el S.C.O.A. (Síndrome Cerebral Orgánico Agudo) (B., p. 195).

Incontinencia afectiva: Se refiere a la incapacidad del sujeto de controlar sus respuestas afectivas, aún ante estímulos muy pequeños. Por ejemplo, un amigo, amistosamente le dice al paciente que no sea tonto, y el paciente rompe a llorar. Se ve en las demencias (B., p. 196).

Perplejidad: El paciente se siente desconcertado, confuso y en su expresión muestra que no comprende cuál es la situación en que se encuentra. Se presenta en los cuadros en que hay obnubilación, (Ver conciencia), en esquizofrénicos y en la depresión involutiva (B., p. 196).

Sentimiento de despersonalización: Trastorno afectivo en el cual el sujeto tiene sentimientos de irrealidad y se siente inseguro de su propia identidad. El paciente lo expresa así: “Siento que yo no soy yo”. Puede sentir que su cerebro está muerto y que sus pensamientos son extraños a él. O puede ser que lo que el paciente perciba como irreal sea el mundo que lo rodea (en este caso se suele llamar “desrealización”).

3. PENSAMIENTO

Igualmente que sucede con los otros apartados del examen mental, el pensamiento es difícil de definir. English e English lo definen como “cualquier proceso o actividad, no predominantemente perceptual, por medio del cual uno comprende un objeto o situación” (E. E., p. 553), y también como “una actividad encubierta que envuelve símbolos: las operaciones que consisten en usar símbolos”.

Otra definición dice que el pensamiento es “el entendimiento y la razón en tanto constituyen la facultad de comprender los objetos del conocimiento a partir de los datos de la percepción, la memoria y la imaginación” (E. O., p. 330).

Los siguientes párrafos son tomados de mi trabajo sobre “Psicopatología del Pensamiento”. (C. P., p. 50). “Todo organismo, para sobrevivir, necesita relacionarse con su medio ambiente. Para que haya relación, se necesita que un estímulo del ambiente provoque en el organismo un cambio, que llamaremos respuesta.

En la escala evolutiva, las primeras relaciones son a nivel físico y químico, en seres unicelulares. Conforme los organismos progresan, se vuelven multicelulares y cada vez más complicados anatómicamente. Los sistemas de relación, aunque continúan operando a nivel físico y químico, pasan a ser parte de otros sistemas más complicados. Por ejemplo, el reflejo neurológico continúa operando al nivel elemental físico químico, pero a su vez constituye un sistema más complicado, que funciona al nivel de neuronas.

Al aumentar el grado de complejidad de un animal, no sólo sigue siendo indispensable la relación con el mundo externo, sino que aparece la nueva necesidad de relación entre las diferentes partes del mismo organismo.

Al llegar al hombre, nos encontramos con un ser altamente complejo; con órganos que le permiten detectar y recibir los estímulos externos (piel, ojos, oídos, etc.); y capacitado para responder a los diferentes estímulos internos y externos.

La complejidad de los animales superiores se debe a la especialización anatómica y funcional de las diferentes células y órganos. Una forma importantísima de relacionarse con el mundo externo es comiendo y defecando. Así, tomamos del ambiente sólido y líquido lo que nos es útil, y le devolvemos lo que no nos sirve. De esa tarea se encarga especialmente el aparato digestivo. Con el ambiente gaseoso nos relacionamos por medio de la respiración.

Gracias a los sentidos y al aparato locomotor, podemos cambiar de ambiente, buscando otro más propicio; o huir de un peligro; o encontrar a un ser semejante, del sexo opuesto, que nos permita reproducirnos. Todos estos aparatos se relacionan entre sí. Los alimentos que comemos y el oxígeno que respiramos son para todo el cuerpo; de la distribución se encarga el aparato circulatorio. El sistema encargado de relacionar todos los diferentes aparatos del organismo entre sí, y con el ambiente, logrando que todo el organismo sea una unidad, es el sistema nervioso. En el hombre no tenemos sólo simples reflejos en que un estímulo provoca una respuesta inmediata, sino que hay una central de relaciones –el cerebro- que permite recibir los estímulos y seleccionarlos, dándole a unos una respuesta inmediata;

desechando otros; postergando algunos, para darles una respuesta mediata; y archivando otros para futuras referencias. Gran parte de las funciones de relación del sistema nervioso ocurre en forma automática, sin que el hombre, como unidad, se percate de ello (sistema neuro-vegetativo)".

"Si pensamos en formas simples de relación, encontramos que a nivel físico, los átomos, electrones o protones, pueden acercarse o alejarse. La reacción de un átomo ante otro puede ser de acercamiento o de rechazo. Un organismo unicelular, ante un estímulo, reaccionará acercándose o alejándose de la fuente del estímulo. Todas nuestras formas de relación pueden reducirse a una decisión entre, si nos acercamos o alejamos de algo (comemos, o no; respiramos, o no; conquistamos a un ser del sexo opuesto, o no; adquirimos un conocimiento, estudiando, o no; creemos en Dios, o no).

El pensamiento es un proceso que permite al hombre relacionarse consigo mismo y con el ambiente. El pensamiento, entonces, sirve al hombre para acercarse o alejarse de los estímulos ambientales, y para aceptar o rechazar la fuente de los estímulos provenientes de sí mismo. Un animal puede responder ante un estímulo con una respuesta desfavorable al animal: esto ayudaría a la extinción de la especie. Si la respuesta es conveniente para el animal, la especie sobrevive. El pensamiento capacita al hombre para relacionarse en forma muy favorable a él; le permite conocerse a sí mismo y al ambiente. El conocimiento es el responsable de la gran capacidad de adaptación que tiene el hombre. Así, hoy día, ante ciertos estímulos ambientales el hombre es capaz de acercarse a la luna; y ante los estímulos del cuerpo enfermo, es capaz de quitarse el corazón y ponerse otro sano.

Podemos considerar al hombre como una máquina que funciona para beneficio propio, con fines egocéntricos; de no ser así, perecería (Kv., p. 198). Básicamente, el hombre desea todo aquello que le da placer y repulsa lo que le dé displacer. La energía nuestra va a ser utilizada según esa orientación. (Sin embargo, como veremos después, la expresión "principio del placer" se reserva para el funcionamiento del pensamiento inconsciente, inmaduro).

Por medio de la percepción tomamos "muestras" del ambiente con los órganos de los sentidos, para decidir si tomamos más o rechazamos. Cuando percibimos un estímulo, este va asociado a la sensación de placer o displacer; entre mayor sea la intensidad de esta sensación, mayor energía psíquica vamos a unir dicho estímulo (mayor catexis). Todo nuestro pensamiento va a funcionar con base en la energía psíquica que tiende acercarnos a lo que nos da placer y alejamos de lo que nos produce displacer.

Esto es fácil de ver cuando la situación es simple; un solo estímulo da placer o displacer, por lo que se puede aceptar o rechazar. Cuando hay más de un estímulo a la vez, puede haber una tendencia a la aceptación y otra al rechazo; aquí, el pensamiento maduro escoge, rigiéndose por el principio de la realidad. Pero debemos recordar que, si aquí el pensamiento renuncia a un placer, es para así lograr otro placer mayor, o evitar un displacer.

Una forma simple de relación sería: se presenta un estímulo; nos damos cuenta de éste (percepción); y damos una respuesta. Esta situación produjo placer o displacer. Al aparecer la memoria, guardamos esta experiencia para futuras referencias. (Ejemplo: un niño ve un chile bonito, se lo lleva a la boca; lo escupe, con dolor).

Una forma de relación más complicada sería: se presenta un estímulo ya conocido; la memoria evoca una experiencia anterior que sirve, a su vez, de estímulo; se asocian los dos estímulos (imaginación); se sopesan el pro y el contra y se decide (juicio); se da la respuesta. (Ejemplo: el niño ve otro chile bonito; recuerda la experiencia dolorosa; sopesa el pro y el contra; no toca el chile).

Pensemos en términos de la evolución. El hombre primitivo en algún momento no tuvo sólo percepción, sino que podría formarse una imagen de “este mastodonte, y no otro”. A esta imagen se le llama idea concreta (B., p. 90). Posteriormente, fue capaz de abstraer las cualidades esenciales de los diferentes mastodontes y se pudo formar la imagen, ya no individual, sino genérica, abstracta, de “mastodonte”. A ésta se le llama idea símbolo (B., p. 91). Una idea es una simple representación intelectual de algo, sin afirmar o negar nada de ese algo.

Después, el hombre ya no sólo aceptó o rechazó un estímulo, sino que, por medio de la imaginación, asoció dos ideas, para decidir si las unía o las separaba. Nace así el juicio, que es un acto del intelecto por medio del cual éste afirma o niega una idea de otra; al afirmar, unimos dos ideas; al negar, las separamos (Va., p. 52). (Por ejemplo, asociamos las ideas caballo y mujer, y podemos separarlas como incompatibles; o pensamos en la “ceguera” y entonces las unimos).

Cuando pensamos, vamos uniendo unas ideas o otras, como los eslabones de una cadena. Las ideas expresadas por los eslabones, es decir lo pensado, constituyen lo que se llama contenido del pensamiento. La forma en que se van uniendo los eslabones representa el curso del pensamiento. Las ideas se siguen, encadenadas, para llevar a determinado fin; es decir, que tienen una finalidad. Se dice que esta cadena de ideas que constituye el pensamiento, sigue una idea directriz. Conforme los eslabones se van agregando, van atrayendo grupos de otros eslabones que se llaman constelaciones asociativas. De estas constelaciones, la mente va escogiendo aquellas ideas que mejor se prestan para ir organizando el pensamiento (B., p. 119).

Supongamos que encuentro a un grupo de amigos comiendo mangos. El estímulo me provoca el deseo de comer mangos. Yo podría decirles:

“Yo también quiero mango”.

“Yo quiero mango, también”

“También yo quiero mango”, etc.

El contenido de esas oraciones es el mismo. Lo que cambia es el curso. Yo podría decir:

“No me gusta el mango”, o

“Yo quiero naranja”.

En estos casos, el contenido es diferente a los ejemplos anteriores. Veamos los siguientes casos:

“Yo quiero banano”.

“Yo quiero papaya”.

“Yo quiero caimito”.

En cada uno de estos casos, el contenido es diferente, pero el curso es prácticamente igual.

Al inventar los ejemplos anteriores, el primero lo pensé porque hace poco rato me comí un mango sabroso. Después, para los otros ejemplos, es como si, en mi memoria, yo hubiese buscado un cajón de nombres de frutas y de ahí fuera sacando los nombres de diferentes frutas. El cajón representaría una constelación de ideas. El nombre de una fruta puede atraer los nombres de otros alimentos, o términos como “comer, desear”, “querer”, o, por contraste, “no comer”, “no desear” o “no querer”.

Las ideas de las constelaciones asociativas generalmente están unidas por lazos afectivos (B., p. 119).

Leyes de asociación de ideas: Cuando pensamos en una idea, esta idea atrae otras; esta atracción ocurre con base en las siguientes leyes de asociación de ideas (B., p. 111).

- a. Por contigüidad temporal. En los países nórdicos, la idea de “navidad” puede atraer la de “nieve”, pues ambas han ocurrido al mismo tiempo.
- b. Por contigüidad espacial. La idea de “capote” puede atraer la de “torero” pues ambas cosas suelen verse unidas en el mismo lugar.
- c. Por semejanza externa. La idea de “hongo” puede atraer la de “paraguas”, pues ambas cosas tienen características externas parecidas.
- d. Por semejanza interna. La idea de “aviador” puede atraer la de “pájaro”, porque ambos tienen cualidades o propiedades semejantes.
- e. Por contraste. La idea de “gordo” puede atraer la de “flaco”, porque las cualidades de uno son opuestas a las del otro.

Pensamiento mágico o primitivo: El hombre primitivo hace sus juicios en forma grosera, usando lo que se ha llamado pensamiento mágico; utiliza una lógica diferente a la nuestra; Arietti ha llamado a esto “pensamiento paleológico” (A., p. 478-479). No sólo se presenta en el hombre primitivo, sino también en enfermos mentales (esquizofrénicos), en los niños, y en los sueños; y aún en el hombre normal, pasando desapercibido. Esta lógica primitiva sigue dos reglas:

1. Dos objetos con alguna semejanza, son iguales; por ejemplo, un guerrero se adorna con la cabeza de un león y entonces “él es un león”. El niño ve una pintura de una mujer, y señalándola, dice: -“Mamá”. Un esquizofrénico siente gran hostilidad y dice:- “Yo soy Atila”. Alguien sueña que la lotería salió en 13, y corre a comprar ese número, como si la lotería del sueño y la de la realidad fuesen lo mismo.
2. Dos objetos en proximidad (ya sea en el tiempo, o en el espacio), se influyen mutuamente, adquiriendo uno las capacidades del otro. Por ejemplo: una señora enferma consulta a su vecina acerca de su enfermedad, porque, “siendo la vecina, esposa del médico, tiene que saber”. A veces esta regla se separa en dos: dos objetos próximos en el tiempo, son iguales entre sí; dos objetos cercanos en el espacio, son iguales entre sí.

En el juicio, el intelecto compara dos ideas directamente. En el razonamiento, la mente percibe el acuerdo o desacuerdo de dos ideas por medio de una tercera idea; el intelecto percibe el acuerdo o desacuerdo de las dos ideas comparándolas sucesivamente con una tercera idea (Va., p. 82). Por ejemplo, queremos comparar la primera idea “el hijo de María” con la segunda idea “Cristo”. Vemos que:

La primera idea es igual a “Jesús”
 La segunda idea es igual a “Jesús”
 Por lo tanto, “el hijo de María” es “Cristo”
 La primera idea es igual a la segunda.

Al evolucionar el hombre, aparece el pensamiento lógico, el cual se rige por tres principios básicos:

1. El razonamiento por analogía: Cuando dos términos, en forma global, presentan caracteres semejantes, afirmamos una verdad. Ejemplo: sabemos que un bull-dog es un perro; lo comparamos con uno de San Bernardo y por los caracteres semejantes, decidimos que el de San Bernardo es también un perro. Esta forma de razonamiento se parece al pensamiento mágico, excepto que toma en cuenta más detalles. Sin embargo, por lo que tiene de primitivo, se presta a cometer errores (Va., p. 107).
2. El razonamiento por inducción: Con base en la observación de numerosos hechos

particulares, se hace una afirmación universal; se pasa de los hechos a la ley. Por ejemplo: después de observar que “un gato maulla” que “otro gato maulla” y otro, y otro, hacemos la afirmación de que “los gatos maullan”. El razonamiento por inducción es correcto si las propiedades observadas en diferentes objetos son parte de la esencia de esos objetos (Va., p. 100).

3. El razonamiento por deducción: A partir del conocimiento de lo universal, afirmamos algo de lo particular (que está contenido en lo universal). Por ejemplo: los costarricenses (universal) son centroamericanos; por lo tanto, un puntarenense (particular) será centroamericano (Va., p. 86).

Podríamos decir del pensamiento, que: “es un proceso de relación consciente, del hombre como unidad, que, a partir de los conocimientos recogidos a través de la experiencia por medio de la senso-percepción, y almacenados y evocados por la memoria, los une y combina en formas diversas por medio de la imaginación, obteniendo conocimientos nuevos que le permitan una mejor adaptación”.

Dice Pittendrigh (R. S., p. 391) que “se ha descrito la adaptación como la relación entre el organismo y su ambiente”, y que el hecho de que la adaptación ocurre esencialmente no por azar, se debe por entero a la capacidad del organismo (no del ambiente) de acumular y retener información filogenética y ontogenéticamente.

Filogenéticamente, el pensamiento de nuestros antecesores fue primitivo y ha evolucionado con el hombre. Ontogenéticamente, cada uno de nosotros, de niño, pensó en forma muy primitiva. Ese pensamiento primitivo que tuvimos de niños y que tuvieron nuestros antepasados, aún hoy vive en cada adulto, más o menos encubierto por nuestro pensamiento lógico; ya sea por cansancio, enfermedad, u otras razones, hace su reaparición el pensamiento primitivo, paleológico (A.-2, p. 196, 199, 201, 269). Este pensamiento confuso es el que nos permite soñar cosas como: “Estábamos en el cine, pero, a la vez, era en un aeropuerto. Vino Juan; yo sabía que él ya había muerto; pero estaba vivo; y Juan no era Juan, sino Inés”.

En el lenguaje psicoanalítico, al pensamiento primitivo, propio del inconsciente (con el cual funciona el ello durante toda la vida, y el ego durante los primeros años), se le llama “proceso primario”. Al pensamiento usual, lógico, que utiliza palabras y que es propio del ego maduro, se le llama “proceso secundario” (Br., p. 62).

Hughlings Jackson nos enseñó que, al enfermarse ciertas estructuras nerviosas, aparece un tipo de síntomas (por déficit) que se originan no en las estructuras enfermas, sino en otras estructuras cuya función, ahora sin control, se libera (Al., p. 79-80). En forma semejante, cuando falta la función del pensamiento secundario, lógico, consciente y se vuelve consciente (sólo parcialmente). Por ejemplo en un esquizofrénico.

Habíamos dicho que el pensamiento nos permite relacionarnos, logrando un acercamiento a lo que nos produce placer y un alejamiento de lo que nos causa displacer. En ocasiones percibimos simultáneamente dos estímulos, que provocan dos ideas, una placentera y la otra displacentera. Por ejemplo: un niño ve a una mujer desnuda y siente placer, hasta que descubre que se trata de su madre. Este ejemplo provoca ansiedad (de ahí que estimule a la risa o al enojo). En cuanto dos ideas provocan un conflicto, porque invitan a la vez al acercamiento y al alejamiento, aparece la ansiedad. Cuando una función, recientemente adquirida, no cumple su cometido, hay una tendencia a regresar a un tipo de funcionamiento más primitivo. Si el proceso secundario no es capaz de resolver la situación, es el proceso primario el que lo hace. Al suceder esto, se establecería una psicosis. Para evitar esto, entran aquí en

acción los mecanismos de defensa del ego, que, aunque nos engañan un poquito, nos evitan ansiedad y una posible desintegración del ego. Por ejemplo, el niño decide que “No era mi madre, sino mi tía”, o “Mi madre es horrible”, etc. Por medio de los mecanismos de defensa se fabrican las mentiras piadosas del ego.

Para analizar mejor el pensamiento, podemos considerarlo como un trabajo, cuyo objetivo es facilitar las relaciones del hombre con el mundo externo e interno, por medio del conocimiento de la realidad. La fábrica es el hombre como unidad, con muchas oficinas para recibir la materia prima, y que, en conjunto, constituyen la sensopercepción. Habrá una bodega, que es la memoria. El taller es el cerebro. La energía empleada es energía físicoquímica, biológica o psíquica, según el punto de vista desde el que se le estudie. La materia prima son los estímulos externos e internos. Operaciones que se llevan a cabo: formación de ideas concretas; análisis y síntesis, con formación de ideas abstractas; asociación de ideas, con producción de juicios; asociación de juicios, con producción de razonamientos. El producto final de este trabajo solo lo podremos ver indirectamente, en la conducta del hombre, incluyendo, como parte es ésta, el lenguaje.

Al estudiar la psicopatología del pensamiento lo vamos a hacer basándonos en el pensamiento según es expresado en el lenguaje. Debemos estudiar tres aspectos: la producción, el curso y el contenido del pensamiento.

Producción o forma del pensamiento

Nuestro pensamiento aparece como respuesta a estímulos internos y externos. Nuestros sentimientos, y procesos inconscientes, pueden llevarnos a tener pensamientos alejados de la realidad; pero luego hacemos las correcciones necesarias, apegándonos a la lógica. Este tipo de pensamiento, que sigue las leyes de la lógica y que se acomoda a la realidad, se llama pensamiento realista o pensamiento racional y es normal (N. K., p. 72). Es importante recordar que el sujeto puede equivocarse, pero al darle la oportunidad, explicándole su error, por ejemplo, corrige su pensamiento.

Pensamiento autista o dereísta: Es el pensamiento con una producción que se aleja de la realidad, que no sigue las leyes de la lógica; que se guía por impulsos internos que buscan satisfacción (N. K., p. 72). Un ejemplo: el pensamiento de un individuo que insiste en que él puede volar. Otro: una joven llevó a una iglesia, por encargo de su madre, quien había sufrido una enfermedad de los ojos, unos ojos de metal, para pagar una promesa; días después, la joven temía enfermar de sus ojos (por alguna causa que ella misma no entendía). En el DSM-3, hablando del pensamiento mágico (que sería lo mismo) se explica que la persona “cree que sus pensamientos, palabras o acciones pueden, o podrían de algún modo, provocar o prevenir un determinado acontecimiento, en abierta oposición a las leyes normales de causas y efectos”. (A.P.A.-2, p. 380).

Para decidir si un pensamiento se adapta a la realidad o no, debemos tomar en cuenta la cultura y la época en que vive el paciente. Por ejemplo, no se consideran autistas las ideas religiosas normales para una cultura y época.

Trastornos del curso del pensamiento

Lo primero que debemos estudiar es la velocidad del pensamiento; ésta se ve afectada por el estado afectivo del individuo. Después, debemos ver la forma en que se asocian las ideas. Bradilalia o pensamiento retardado, o pensamiento inhibido: Estos términos sirven para indicar que el sujeto piensa lentamente (por lo cual habla lentamente). Se presenta en la tristeza; en las depresiones; en los cuadros de confusión (ver conciencia); en la demencia; y en el retardo mental (B., p. 112 y p. 139).

Taquilalia o verborrea, o verborragia o logorrea: Términos que significan que el sujeto piensa (y habla rápidamente). Se presenta en todos los casos de excitación psíquica (B., p. 112).

Fuga de ideas: Se refiere a que el paciente habla muy rápidamente, saltando de una idea a otra sin haber terminado la anterior. Las asociaciones parece estar determinadas por el azar (A.P.A., p. 33). Si ponemos atención, veremos que muchas de esas ideas aparecen en respuesta a estímulos externos. El paciente asocia utilizando las leyes de asociación de ideas; hasta asocia por el sonido de las palabras y a esto se le llama asociación por consonancia (K., p. 128). Betta lo llama asociación por asonancia, pero, en realidad, consonancia es el tipo de rima en el que, la parte final de dos palabras, desde la vocal acentuada inclusive, es igual (Ejemplo: abrigo y sencillo). Debe aclararse que la asociación por consonancia no se limita al final de las palabras como ocurre en la poesía, sino que puede referirse al principio de las mismas (B., p. 112). Ejemplo de fuga de ideas: Supongamos que un paciente habla a alguien mientras se escuchan el ruido de un avión y las campanas de una iglesia que dan la hora, a la vez que pasa por ahí mucha gente: el paciente, hablando muy rápido, en voz alta y con muchos gestos, diría: "Poneme atención, Carlos, para hablarte del negocio, ¡qué rápido vuelan los aviones, ya se me hizo tarde, viste qué vieja tan fea, y con una hijita tan bonita!..."

Ejemplo de asociación por consonancia sería: "¡Que rápido va ese avión – camión – cajón – cajita – cajeta – a que te rompo la jeta!"

Cuando hay asociación por consonancia, necesariamente hay fuga de ideas; pero la fuga de ideas puede existir sin que haya asociación por consonancia.

Disgregación o asociación laxas de ideas: Consiste en que el curso del pensamiento no sigue una idea directriz que lleve a conclusiones lógicas, sino que las ideas se van asociando conforme a las leyes de una lógica diferente (pensamiento paleológico) y en respuesta a estímulos internos. Algunas de las asociaciones son lógicas, por lo cual el pensamiento es comprensible en fragmentos, pero no en su totalidad (B., p. 128). Este trastorno se presenta en la esquizofrenia. Debe distinguirse de la fuga de ideas. En la disgregación la velocidad del pensamiento generalmente es normal, o tal vez algo lenta; el afecto acompañante tiende a ser aplanado; y las ideas son respuestas a estímulos internos. Mientras que, en la fuga de ideas, el pensamiento es veloz; el afecto tiende al júbilo o exaltación y las ideas son respuestas a estímulos externos. Un ejemplo de disgregación sería el de un paciente que dijera: "El sol quema la corteza son los ángeles, porque no hay pan, es el campo constitucional".

Los autores norteamericanos con frecuencia no distinguen entre la disgregación y la fuga de ideas. Por ejemplo, en el DSM-3 se dice que la fuga de ideas se presenta en "los episodios maníacos", en "algunos trastornos mentales orgánicos, en la esquizofrenia, en otros trastornos psicóticos y, a veces, en reacciones agudas ante el estrés" (A.P.A.-2, p. 378). En el mismo DSM-3 no se refieren a la disgregación ni a la asociación laxa de ideas. Sí describen la "asonancia" (asociación por consonancia) y dicen que se observa en la esquizofrenia y en episodios maníacos (A.P.A.-2, p. 372).

Pensamiento saltón: Se usa este término para referirse al pensamiento de curso disgregado que parece progresar a brincos y no con un curso parejo.

Bloqueo: Este término indica que el paciente está hablando y de pronto se detiene sin poder continuar; el curso del pensamiento se interrumpe y no le llegan ideas. Después, se reanuda el curso, o el paciente comienza con una idea nueva. Normalmente esto puede presentarse, de vez en cuando. En forma severa se presenta sólo en la esquizofrenia (N. K., p. 74).

El esquizofrénico que se bloquea, con frecuencia se explica ese fenómeno diciendo que “me roban el pensamiento”. En ese caso se habla de robo del pensamiento o interceptación del pensamiento. A veces, el esquizofrénico que se bloquea y luego cambia de tema, interpreta esto como que “me dirigen el pensamiento” (B., p. 127).

Perseveración: Consiste en la repetición persistente de alguna idea (N. K., p. 73), que participa del tema y que el paciente expresa voluntariamente y con distintas frases (V., p. 117). Se presenta en personas normales fatigadas, en retardados mentales, en síndromes cerebrales orgánicos crónicos (especialmente en epilépticos) y en esquizofrénicos (B., p. 126).

Ejemplo: Un epiléptico dice: “Doctor, deme la salida, porque quiero irme a mi casa, porque quiero la salida. Doctor, me va a dar la salida?”

Estereotipia del pensamiento: Es la repetición persistente de palabras o frases que no participan del tema (B., p. 127). Son las llamadas “muletillas”. Ejemplo: “Este, mire, don Carlos, este, podría hacerme el favor, este, de decirle a María, este, que no puedo ir hoy?”

Verbiggeración del pensamiento: Consiste en que el paciente repite, durante días, o meses, las mismas palabras o frases, sin ningún sentido (B., p. 128). Por ejemplo, un paciente que a todo lo que se le pregunta, responde: “¡Qué bien, qué bien!” Se presenta en síndromes cerebrales orgánicos y en esquizofrénicos muy deteriorados (B., p. 128).

Prolijidad o circunstancialidad: Consiste en que el sujeto, para relatar algo, da detalles y más detalles que no vienen al caso, aunque finalmente lograr llegar al fin de lo que quería decir. Se presenta en esquizofrenia crónica indiferenciada, en síndromes cerebrales orgánicos y en retardo mental (S. P., p. 90). Ejemplo: Le preguntamos a un paciente “Cuál es su nombre?” y nos responde que “Yo soy un paciente del pabellón tres, en donde hay una enfermera que es muy buena. Usted sabe – se llama Cecilia, Cecilia como la esposa de mi primo Carlos; ella sabe mi nombre; ella sabe que me llamo Pedro Pérez”.

Incoherencia: Se refiere a que no es posible comprender lo que el paciente habla, pues éste dice sólo palabras o frases sin conexión, o aún sólo sonidos sin sentido (n. K., p. 73). Es típica de los síndromes cerebrales orgánicos en que hay profunda confusión (V., p. 115). Se puede ver también como resultado de una disgregación muy marcada. Lo que el DSM-III describe como incoherencia parecer ser la disgregación, incluyendo el “uso peculiar de palabras” (neologismo) (A.P.A.-2, p. 379). Cuando un término, como éste, se presta a diferentes usos, según quien lo emplee, es mejor no usarlo. El uso de “incoherencia” podría limitarse a sólo aquellos casos en los que no se entienden ni palabras aisladas, sino sólo sílabas o sonidos.

Trastornos del contenido del pensamiento

Aquí lo importante no es cómo se asocian las ideas, sino aquello que es pensado. Aunque, claro está, se necesita una asociación correcta de las ideas para que el contenido sea comprensible. Tanto es así, que Betta estudia la “incoherencia” dentro de los trastornos del contenido del pensamiento (B., p. 129).

En este apartado se incluyen, entre otras, las ideas de suicidio (ya las vimos al estudiar el afecto), las ideas hipocondríacas, las obsesiones y las fobias.

Idea sobrevalorada o idea prevalente: Se emplean estos términos cuando todo el contenido del pensamiento tiende a girar alrededor de un determinado tema, debido al gran valor afectivo que dicho tema tiene para el sujeto (N. K., p. 74).

Normalmente las ideas con mayor carga afectiva están, digamos presionando para pasar a formar parte del contenido del pensamiento. Recuérdese cómo, cuando nos acaba de suceder algo muy bonito o muy feo (en ambos casos, con gran carga afectiva), sentimos una inmensa necesidad de hablar de ello con alguien. Sin embargo, normalmente somos capaces de mantener el contenido de nuestro pensamiento bastante apegado a la realidad externa. En el caso de la idea sobrevalorada, el afecto triunfa y el individuo parece no ver; ni oír nada que choque con su idea prevalente. Por el contrario, todo parece conducirlo al mismo tema.

La idea sobrevalorada se acerca bastante a la idea delirante; la diferencia está en que, en el caso de la idea delirante, no podemos sacar al paciente de su error por más que le demos todas las razones lógicas del caso; mientras que, en el caso de la idea sobrevalorada, si podemos sacarlo de su error por medio de razonamientos lógicos. Sólo que, en el caso de la idea prevalente, el sujeto pronto vuelve otra vez a su error (V., p. 110).

Según Villa Landa, las ideas sobrevaloradas se presentan especialmente en los síndromes obsesivos y, con frecuencia, en los síndromes depresivo-ansiosos y melancólicos (V., p. 110). El DSM-III hace ver que el individuo con una idea prevalente no considera que su idea es absurda y por lo tanto, no lucha contra ella; esto diferencia este tipo de ideas de las ideas obsesivas (aquí, el sujeto sí se percató de que su idea es ridículamente absurda y trata de desecharla) (A.P.A.-2, p. 378). Me parece que, si ya existe el término "idea obsesiva", no vale la pena incluirlo dentro de las ideas prevalentes; por esto, me parece atinada la aclaración del DSM-III. La idea sobrevalorada es, casi, una idea delirante.

Un ejemplo de idea sobrevalorada sería la actitud pesimista de un deprimido que, en todo suceso, sólo ve augurios de que el mundo va hacia una tragedia.

Según Betta, las ideas sobrevaloradas nacen sólo de creencias filosóficas, religiosas, políticas, sociales, éticas o científicas, o de otras "actividades del espíritu que dan lugar a sentimientos impersonales" (B., p. 103). En este caso, un ejemplo sería el fanático que todo lo ve en términos de su ideología política.

Ideas de referencia: Se aplica este término cuando el sujeto, por preocupación egocéntrica, interpreta los gestos y palabras de los otros, que nada tienen que ver con él, como si se refirieran a él, generalmente en términos que lo maltratan (S. P., p. 78). Un ejemplo sería una muchacha que pasa por donde hay un grupo de jóvenes que en ese momento ríen y, piensa para sí que se están burlando de su peinado.

Esto, ocasionalmente le puede pasar a una persona normal, pero, entre más suceda, más patológico se vuelve, e indica un mayor grado de egocentrismo. Se presenta especialmente en la esquizofrenia paranoide y en los estados paranoides. Noyes y Kolb incluyen las ideas de referencia dentro de las ideas delirantes (N. K., p. 76). Si no son ideas delirantes, están muy cerca de serlo; en ambos casos el síntoma resulta del uso del mecanismo de defensa llamado proyección (este mecanismo consiste en que el paciente percibe a las otras personas como sintiendo y pensando lo que él siente y piensa a nivel inconsciente. Por ejemplo, un hombre se siente ridículo y cree que los demás lo ven así).

Idea delirante de referencia: El DSM-III (A.P.A., p. 375) describe este término, incluyéndolo entre

las ideas delirantes. Creo que este término no aclara nada y más bien confunde; es bueno saber que existe y olvidarse de él.

Idea delirante: Consiste en que el sujeto sustenta una creencia falsa, a pesar de que tiene evidencias que, normalmente, le servirán para desechar esa idea (E. E., p. 143).

Un ejemplo sería un individuo que se crea Superman, a pesar de que, obviamente, no tiene la fuerza de éste. Para decidir que una idea es delirante, debe tomarse en cuenta la educación de la persona y la cultura en que ésta vive. Para que una idea sea delirante, debe ser tal que otras personas, de la misma educación y experiencia que el paciente, la consideren falsa o poco probable; y que, además, no pueda ser corregida por el razonamiento lógico (N. K., p. 74). En las ideas delirantes el paciente utiliza los mecanismos de defensa llamados negación y proyección, lo cual le permite no enfrentarse a sus propios sentimientos y pensamientos inconscientes que le causarían mucho dolor. La presencia de ideas delirantes en un cuadro psiquiátrico es lo que hace que al nombre de ese cuadro se le agregue el calificativo de "paranoide". Se presentan en los estados paranoides, en la esquizofrenia paranoide, en depresiones psicóticas, en ambas fases de la enfermedad maniaco-depresiva y en síndromes cerebrales orgánicos (S. P., p. 70-71).

Hay ideas delirantes que se contradicen unas a otras, o que obviamente están en desacuerdo con la realidad. Por ejemplo, un esquizofrénico que diga que él es Napoleón Bonaparte y que se distinguió por su valor en la Segunda Guerra Mundial. Se dice que estas ideas delirantes son mal sistematizadas.

Algunos enfermos, a partir de una premisa falsa, construyen una serie de razonamientos lógicos, sin contradicciones; quien los oye puede tener grandes dificultades para averiguar si dicen verdad o mentira. Por ejemplo, un viejo juez que haya condenado a muchos criminales, podría inventar que unos expresidarios tratan de matarlo y, aportar una serie de hechos reales que parecieran confirmar su creencia. Se dice que éstas son ideas delirantes bien sistematizadas. Se ven en la paranoia.

Según el tipo del contenido de las ideas delirantes, se les da diferentes nombres. Así, si el paciente se cree muy poderoso, muy rico, se dice que presenta ideas delirantes de grandeza. Si el paciente se cree culpable de algo, son ideas delirantes de autoacusación. Si se siente perseguido, son de persecución. Si las ideas son de miseria, dolor, etc., son ideas delirantes depresivas. Las ideas delirantes eróticas tienen que ver con que alguien persigue al paciente con fines sexuales; o con que alguna persona atractiva, o importante, está enamorada del paciente; etc. Las ideas delirantes celotípicas son las que se refieren a que el paciente está convencido de que su compañera sexual le es infiel. Las ideas místicas tienen que ver con los santos, con milagros, etc. Las ideas nihilistas se refieren a que el paciente cree que a él le falta algo, como el cerebro, o que está muerto, o que no existe del todo (N. K., p. 77). Para mayores detalles, ver las depresiones, en "afecto". Las ideas nihilistas también se pueden referir a que las otras personas, o el mundo, no existen (A.P.A.-2).

Ideas Hipocondríacas: Este término se usa cuando una persona concentra en forma anormal su atención sobre su cuerpo; sus pensamientos giran incansablemente alrededor de algún padecimiento que cree tener en uno o más órganos, a pesar de que los médicos no pueden descubrir ninguna patología que explique sus molestias. Generalmente se acompaña de depresión. Al desaparecer ésta, desaparece la hipocondría. Si la hipocondría no tiene relación con el estado afectivo y es simbólica, tiene un pronóstico más serio; este último tipo se ve en la esquizofrenia. La hipocondría relacionada con el afecto se ve en las depresiones (N.K., p. 78).

Ideas obsesivas: Son ideas que se le presentan al individuo sin que éste lo desee ni pueda evitarlo; el paciente encuentra estas ideas ridículas, desagradables, tontas... y sin embargo, no puede

suprimirlas. A los pacientes con este tipo de ideas se les hace difícil relatar lo que les sucede, pues temen que se les considere locos. Tomemos por ejemplo a un señor que piense a cada rato que “Mejor no salga de la casa, porque si el papa me hace una llamada de larga distancia, yo debo estar en mi casa”. El sabe que el Papa no lo conoce y que no es posible que le telefonee; sin embargo, no puede dejar esa idea. Es más probablemente no salga de la casa por la misma razón. Las ideas obsesivas son tan poderosas, que pueden obligar al individuo a actuar en formas inapropiadas.

Las compulsiones son actos repetitivos, que el paciente se ve obligado a efectuar, a pesar de que está consciente de que no deberá hacerlos (S.P., p. 217). El mecanismo es el mismo de las ideas obsesivas, con la diferencia de que en un caso lo que se repite es un acto, y en el otro, es una idea. Los rituales, actos repetitivos estereotipados, tales como la manera de arreglar el dormitorio antes de acostarse a dormir, son actos compulsivos. Con las ideas obsesivas o con los actos compulsivos sucede que, si el paciente trata de suprimirlos, comienza a angustiarse y finalmente vuelve a caer en su idea o en su acto, pues no resiste la angustia.

Las ideas obsesivas suelen estar ligadas a sentimientos hostiles contra seres queridos. Por ejemplo, la madre que a cada rato teme que le vengán a avisar que su hijo murió en un accidente. Muchas ideas obsesivas son prácticamente blasfemias contra Dios, la Virgen, o los santos, figuras que suelen representar a los padres (super-ego).

Para comprender las ideas obsesivas a las compulsiones, debemos de entender el simbolismo que hay detrás de ellas.

Imaginemos a un joven que ha sufrido mucho por culpa de su padre, a quien, a nivel inconsciente, desearía matar; pero, a quien también quiere. Este joven podría presentar una idea obsesiva que consistiera en decirse “Dios está muerto”. Si no conocemos el simbolismo, la idea nos puede parecer tonta y no podremos entender la angustia del paciente. Lo que en el fondo sucede es que el paciente ya no aguanta su hostilidad para con su padre; una manera de darle salida a su agresividad es matando a su padre, disfrazado de Dios, con su pensamiento. Pero, matar a su padre le provoca dolor, y entonces, el paciente se sentirá culpable por haber pensado que Dios estaba muerto. Se arrepiente. Esto significa dejar que su padre viva. Pero esto sería una urna injusticia, ya que éste ha sido tan malo con su hijo. Aparece la angustia, y vuelve la idea obsesiva.

Fobias: Este término se refiere a la presencia de un temor exagerado ante algo, que no debiera, normalmente, producir tal temor. Como en las obsesiones, el paciente se da cuenta de que su reacción es inapropiada, pero no tiene control sobre la misma. Con frecuencia el paciente se avergüenza de su temor. Por ejemplo, podría haber un karateca que se aterrorizara al ver una cucaracha, sabiendo, a la vez, que su temor es ridículo.

La fobia es un síntoma neurótico en el cual la persona utiliza el mecanismo de defensa llamado desplazamiento. La situación u objeto temido es, en el fondo, sólo un símbolo de aquello a lo cual es paciente teme a nivel inconsciente. Es clásico el caso, descrito por Freud, de un niño que temía a los caballos, cuando en realidad a quien temía, inconscientemente, era a su padre.

Hay muchas palabras, con raíces griegas, que se utilizan para indicar fobias específicas. Por ejemplo, tenemos:

Acrofobia: Temor a las alturas.

Agorafobia: Temor a los espacios abiertos.

Claustrofobia: Temor a los espacios cerrados, como en un ascensor.

Eritrofobia: Temor a sonrojarse.

Fobofobia: Temor a sentir temor.

Misofobia: Temor al contagio o a la suciedad.

Nosofobia: Temor a las enfermedades.

Tanatofobia: Temor a la muerte.

Xenofobia: Temor a los extranjeros.

Zoofobia: Temor a los animales.

Es más sencillo y más práctico decir “fobia a tal cosa”. Además, así se evitan errores. Por ejemplo, hematofobia es el temor a ver sangre, y no, como parecería, temor a la sangre (E.E., p. 388).

Como dice English e English, “muchos neologismos latinos y griegos (especialmente en medicina), fueron introducidos, por lo menos parcialmente, para confundir e impresionar a los legos (E.E., p. 71).

4. SENSOPERCEPCIÓN

El siguiente apartado en el examen mental es el de la sensopercepción. Con frecuencia, en vez de este término, se utiliza simplemente el de percepción. Pero, en realidad, para que ocurra la percepción, debe, antes, existir la sensación.

La sensopercepción es el mecanismo psíquico por medio del cual el hombre adquiere el conocimiento de lo que sucede en su ambiente, en su propio organismo y en su mente; luego, ese conocimiento puede elaborarlo por medio del pensamiento, para llegar a mayores y nuevos conocimientos (B., p. 69).

- a. Aquellos que el hombre trae de nacimiento, producto de reflejos incondicionados, que se llaman instintivos o innatos y que son inconscientes.
- b. Los que se adquieren a través de la experiencia del individuo, la cual le va estableciendo reflejos condicionados (aprendizaje inconsciente).
- c. Los conocimientos que se adquieren conscientemente, a través de la palabra (V., p. 27, 97, 98).

De estos tres tipos de conocimientos, en los animales se encuentran sólo los dos primeros.

En el hombre, cuando se habla de conocimientos, generalmente nos referimos sólo a los del tercer tipo mencionado (V., p. 98).

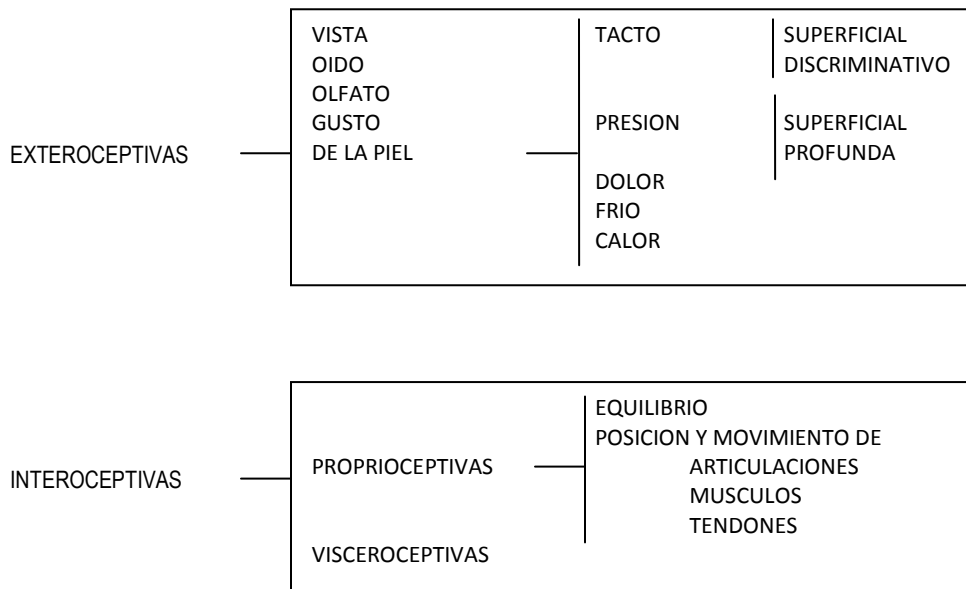
Los conocimientos los adquirimos gracias a estímulos que tienen diferentes procedencias: los estímulos ambientales nos permiten conocer el mundo que nos rodea, incluyendo a la gente; otros estímulos nacen en el interior de nuestro cuerpo, y nos permiten conocer datos como la posición, o movimiento, de nuestro cuerpo, nuestro estado de cansancio, etc.; y, finalmente, hay estímulos que se originan en el cerebro y que nos permiten conocer nuestros recuerdos, sentimientos, intereses, etc. (B., p. 69).

Sensaciones: Son los elementos básicos para que haya percepción, los fenómenos cognoscitivos más simples. Una sensación es el registro, en la consciencia, de la presencia de un estímulo que excita cualquiera de los aparatos sensoriales (B., p. 69). La sensación, ni es interpretada, ni es analizable (E.E., p. 490). ES, por ejemplo, el registro de un sonido, o de un color.

Hay diferentes tipos de sensaciones. Aunque, en términos generales, la clasificación de las sensaciones es la misma para distintos autores, se encuentra uno con algunas diferencias. En "Psicología", de Whittaker, se dice que "puede haber 15 ó 20 sentidos diferentes" (W. W., p. 162). Algunos términos pueden variar en su significado, según el uso que le dan diferentes autores; por ejemplo, somestesia (compárese E. E., p. 512, con C., p. 66, y con Ne., p. 58), interocepción (comparar Bu., p. 68, con V., p. 99) y propiocepción (comparar Bu., p. 68, con Ne., p. 58).

La siguiente clasificación está basada en la de Bustamante (Bu., p. 68).

Clasificación de las sensaciones



Sensaciones exteroceptivas: Son aquellas que nos informan del mundo exterior. El órgano del sentido es estimulado directamente por cambios energéticos que ocurren fuera del cuerpo (E. E., p. 196).

Sensaciones interoceptivas: Son aquellas que nos informan del estado (de fatiga, por ejemplo), posición o movimiento de nuestro propio cuerpo. El órgano del sentido, o receptor, está dentro del cuerpo, en contraste con uno cercano a la superficie (E. E., p. 273). Según English e English, interoceptor y enteroceptor son sinónimos (E. E., p. 273).

Sensaciones propioceptivas (o propioceptivas): Son las que nos permiten conocer la posición y movimientos del cuerpo y de sus miembros. El vestíbulo del oído interno y los canales semicirculares nos orientan acerca de la posición del cuerpo en el espacio. Además, hay receptores en los músculos, tendones y articulaciones que transmiten sensaciones cinestésicas (de movimiento) (E. E., p. 414).

Cinestesia: (Del griego "kineo" = moverse). Es el sentido que permite conocer los movimientos del cuerpo y de sus miembros. Estaría constituido por las sensaciones de músculos, tendones y articulaciones. Algunos agregan el sentido estático (con sensores en el laberinto), pero éste último generalmente no es clasificado como cinestésico (E. E., p. 284). La cinestesia sería casi igual, o igual, a la propiocepción. No confundir con la palabra "cenestesia".

Cenestesia: (Del griego "koinos" = común). Se refiere a las "sensaciones generales que nos dan noticia del estado general de nuestro cuerpo (Ve., p. 256). Estas sensaciones no se asientan en un lugar específico del cuerpo, sino que son vagas. Son de dos tipos: malestares (como un dolor difuso, la fatiga o el decaimiento) y carencias (como el hambre y la sed). Parece ser sinónimo de "viscerocepción".

Somestesia: Se define como la sensación que da la impresión directa de la condición del cuerpo (E. E., p. 512). Según Coon, incluye los sentidos de la piel (tacto), los cinestésicos y los vestibulares (Co., p. 77).

Viscerocepción o sensibilidad visceral: Es la sensibilidad que nos informa de aspectos como “desde el sentido de la repleción o vacuidad de las vísceras, hasta la sensación de la presión arterial o la concentración de bióxido de carbono o de glucosa en la sangre” (Bu., p. 68).

Percepción: Antes dijimos que la sensación no es interpretada. La percepción consiste en la elaboración psíquica que se hace con las sensaciones. La mente recoge varias sensaciones simultáneamente, las compara con recuerdos de otras percepciones y las integra en una interpretación. Esta interpretación de un conjunto de sensaciones es la percepción.

Imágenes sensoperceptivas normales

En esta sección se describirán muy brevemente ciertos conceptos (B., p. 74 – 75), que no tiene mucho uso práctico, excepto para entender alguna literatura.

Imagen: Es la representación psíquica que registramos en la conciencia cuando percibimos algo. Los siguientes son diferentes tipos de imágenes que se presentan en gente normal (pero en todas las personas).

- a. Imagen sensorial: Es aquella que se forma cuando estamos percibiendo estímulos que vienen de afuera. Por ejemplo, cuando veo un árbol. Esta imagen es nítida, corresponde a la realidad, se mantiene igual y no podemos cambiarla con nuestra voluntad. Si vemos una persona que camina, es claro que la imagen cambia, pero siempre adherida a la realidad externa e independientemente de nuestra voluntad.
- b. Imagen consecutiva o post-imagen sensorial: Es aquella que persiste a pesar de que desaparezcan los estímulos que originalmente habían producido una imagen sensorial. Por ejemplo, cruza frente a una ventana alguien que nos impresiona mucho por su apariencia. En ese instante nos produce una imagen sensorial; luego la persona desaparece y nos queda una imagen que rápidamente va perdiendo su nitidez y que es influenciable por la voluntad; esta segunda imagen es una imagen post-sensorial, o consecutiva.
- c. Imagen mnémica: Es la imagen que tenemos cuando recordamos. Esta imagen no es nítida, no refleja una realidad externa actual y es influenciable por la voluntad ya que podemos atraer el recuerdo, o desecharlo.
- d. Imagen fantástica o confabulatoria: Es aquella que es inventada, creada, por el sujeto. No corresponde a ninguna realidad, actual o pasada, es difusa y muy influenciable por la voluntad.
- e. Imagen eidética o intuitiva: Es una imagen que se presenta especialmente en niños y en gente primitiva y que se forma a pesar de que los objetos que la originaron no están presentes. El individuo podríamos decir que tiene una memoria fotográfica. Esta imagen es

más nítida que la mnémica, pero menos que la consecutiva. El individuo puede ver en una pared algo que él sabe que no está ahí, que es sólo una producción psíquica suya. Esta imagen se llama intuitiva porque corresponde a la etapa intuitiva del desarrollo mental.

- f. Imagen onírica: Es la imagen que aparece en los ensueños. Esta imagen es poco nítida, muy inestable y no sigue las leyes de la lógica. Así, podemos soñar con Carlos, pero sin reconocer su cara, o sabiendo que ésta era la de Juan.
- g. Imagen pareidólica: Es aquella que se forma aprovechando la presencia de estímulos poco organizados que están presentes, y que el sujeto reorganiza e interpreta según su fantasía, y sabiendo qué es lo que está haciendo. Por ejemplo, cuando contemplamos las nubes tratando de descubrir formas en ellas (un barco, un perro, etc.)

Patología de la sensopercepción

Trastornos de las sensaciones: Se presentan lo mismo por causas neurológicas que psicológicas. Cuando las alteraciones se presentan siguiendo el recorrido anatómico de determinados nervios, debemos pensar en una etiología de tipo neurológico. En cambio los trastornos de tipo psicológico generalmente desconocen la anatomía; por ejemplo, una mujer presenta un área de anestesia, de cinco centímetros de ancho, que rodea completamente su antebrazo, manteniéndose la sensibilidad normal por arriba por debajo de ese brazalete anestésico (este trastorno, anatómicamente, no tendría sentido).

Hipoestesia y anestesia: El primero de estos términos se refiere a una disminución de la sensibilidad, y el segundo a la falta completa de sensibilidad. Cualquiera de estos síntomas puede tener causa orgánica o psicológica (en la histeria).

Hiperestesia: Indica un aumento de la sensibilidad ante los estímulos. Puede ser de dos tipos, según su distribución:

- a. Focal: Aparece, en una parte del cuerpo, una sensibilidad exagerada. Generalmente corresponde a una lesión neurológica incipiente (V., p. 102).
- b. Difusa: Es una exageración de la sensibilidad, generalizada a todo el cuerpo. Se presenta en los cuadros de excitación en la esquizofrenia y catatónica y en la excitación por histeria disociativa.

Parestesia: Es una sensación que no corresponde a lo que un sujeto normal sentiría en esa situación. Por ejemplo, una persona que siente “como punzadas de alfiler”, o que, al tocarlo, siente “un hormigueo o ardor”. Las parestesias pueden deberse a trastornos neurológicos, tienen una etiología de tipo psicológico en la histeria y en la depresión angustiosa (V. p. 103).

TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN

Trastornos cuantitativos

Hiperpercepción: Se refiere a que el sujeto capta un mayor número de estímulos, por unidad de tiempo, que usualmente. Sin embargo, esto resulta en que el individuo pone menos atención a los estímulos pues pasa rápidamente de uno a otro, no los percibe apropiadamente y no los graba bien en la memoria (B., p. 76).

Se presenta en los cuadros de excitación psicomotriz, como en los maníacos, y bajo el efecto de algunas drogas como el ácido lisérgico y las anfetaminas. Puede haber una hiperpercepción selectiva; por ejemplo, el hipocondríaco percibe sensaciones normales del cuerpo, que el sujeto normal no percibe (por ejemplo, los movimientos cardíacos o gástricos) (C. P., p. 29).

Hipopercepción: Consiste en que el sujeto percibe un número de estímulos menor, por unidad de tiempo, al percibido normalmente. Se presenta en los casos en que la actividad psíquica está disminuida, como en las depresiones, y en los casos de obnubilación de la conciencia, porque la mente trabaja torpemente (por ejemplo, al despertar después de un ataque epiléptico (B., p. 77). En el estado hipnótico y en la histeria disociativa el sujeto puede no percibir ningún dolor cuando se le clava una aguja. En los esquizofrénicos crónicos, con muchos años de enfermedad, se ve una pérdida de la sensibilidad al dolor, a la temperatura y al gusto, aunque conservan el olfato: esto no se debe a un trastorno de la sensación, sino de la percepción (A., p. 467).

Apercepción: Es la ausencia de percepción. Se presenta en el coma, por sufrimiento del tejido cerebral. El esquizofrénico en estupor catatónico parece no percibir nada de lo que sucede a su alrededor; sin embargo, cuando mejora puede explicar, con detalles, lo que sucedió mientras él estaba en estupor (N.K., p. 345).

Puede haber apercepción con respecto a un solo sentido (vista, oído, etc.), debido a una lesión del sistema nervioso central (B., p. 77).

Trastornos cualitativos

Ilusión: Consiste en que algo es percibido, erróneamente, como algo diferente a lo que en realidad es. No todas las ilusiones deben ser consideradas como síntomas (V., p. 103). Un sujeto normal, puede, tal vez porque está cansado, o porque desea mucho ver a María, confundir a otra muchacha con ella; sin embargo, él mismo puede corregir, o aceptará la corrección que le haga otro. En cambio, cuando se trata de un síntoma, el sujeto no reconoce su error. Las ilusiones se presentan en cualquiera de los sentidos. Ocurren en los cuadros de excitación como la manía, en las depresiones, en las esquizofrenias y en los síndromes cerebrales orgánicos (B., p. 77 – 78).

La función psicológica de las ilusiones es igual a la de las alucinaciones, pero con menor distorsión de la realidad (N. K., p. 69). Las distorsiones están motivadas por las emociones del paciente. Así, quien inconscientemente se siente homosexual, puede interpretar el sonido del viento como voces que lo acusan de “maricón”.

Cuando al escribir el examen mental, diga que el paciente presenta ilusiones, agregue, siempre, qué clase de sensaciones son las afectadas (por ejemplo, ilusiones visuales).

Alucinación: Es la percepción de estímulos inexistentes; por ejemplo, habiendo silencio, se cree escuchar una voz. El sujeto se siente seguro de que su percepción es correcta.

Las alucinaciones pueden clasificarse, con base en el tipo de lo percibido, en varios grupos:

- a. Alucinación simple o sensorial: Es una sensación errada de algo impreciso, tal como “una luz”, “algo como un silbido”, “un olor”, etc. (V., p. 105).
- b. Alucinación compleja, o perceptiva: Es una percepción errada de objetos precisos, tales como “un perro”, “una bruja”, “las campanas de la iglesia”, etc. (V., p. 106). Puede afectar cualquiera de los cinco sentidos. Las alucinaciones visuales se presentan especialmente en los síndromes cerebrales orgánicos agudos (por ejemplo, en el delirium tremens); con menor frecuencia, en la esquizofrenia (N. K., p. 71 – 72). Las alucinaciones olfatorias nos hacen pensar en lesiones del lóbulo temporal. Si son elaboradas, tal como “un olor a azufre de las llamas del infierno”, nos hacen pensar más bien en esquizofrenia. Las alucinaciones de gusto son poco frecuentes. Las alucinaciones táctiles se presentan especialmente en síndromes cerebrales orgánicos agudos (por ejemplo, en el delirium tremens). En la esquizofrenia pueden aparecer alucinaciones táctiles de tipo sexual (N. K., p. 72). Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes. Pueden oírse ruidos, pasos, etc.; pero lo más frecuente son palabras y caen entonces dentro del siguiente grupo.

Usualmente no se especifica que una alucinación es compleja; se sobreentiende que es así (son las más comunes).

- c. Alucinación verbal: Es la falsa percepción de una comunicación verbal (hablada o escrita) que en realidad no existe. A veces el paciente sólo alcanza saber que se trata de voces humanas. Con frecuencia puede entender lo que éstas le dicen (V., p. 106). Comúnmente el paciente oye palabras o frases. A veces, sostiene conversaciones con las voces. Lo que éstas le dicen puede ser agradable, pero generalmente insultan o amenazan al paciente. Las voces están expresando los sentimientos e ideas inconscientes del enfermo, por medio del mecanismo mental de proyección. A veces, mientras las voces hablan, hay movimientos de los músculos de la laringe del paciente, como en el caso de la persona que comienza a aprender a leer en silencio (N. K., p. 71). Estas alucinaciones auditivas de voces que hablan, se presentan en la esquizofrenia, estando la conciencia clara, en contraposición de las visuales, que suelen presentarse cuando la conciencia no está clara (en los síndromes cerebrales orgánicos) (B., p. 80).
- d. Alucinación cenestésica: El término “cenestesia” se refiere a las impresiones sensoriales que nos llegan del interior del organismo. Estas, o no se perciben del todo, o se perciben como una totalidad que nos da la sensación de salud, de tensión o de relajamiento (E. E., p. 92).

Las alucinaciones cenestésicas son percepciones falsas de lo que sucede en el interior del cuerpo. Se pueden presentar, así, dolores vagos, o sensación de que algo se mueve dentro del abdomen, del tórax o aún de la cabeza. Este síntoma se presenta en neuróticos, en los hipocondríacos, en la melancolía y en la esquizofrenia. En los casos de psicosis la interpretación es más disparada. Por ejemplo, un melancólico puede sentir que tiene el estómago convertido en piedra y un esquizofrénico puede sentir que dentro de su cabeza se están peleando dos ejércitos enemigos (V., p. 103) (B., p. 81 – 82).

- e. Alucinación cinética: Es una percepción falsa de que el cuerpo es parcial, o totalmente, movido o empujado. Se presenta en los síndromes cerebrales agudos (por ejemplo en

delirium tremens), en esquizofrénicos y en histéricos. Por ejemplo un paciente que se queje de que lo tienen suspendido en el aire (B., p. 82).

- f. Alucinación quinesésica: La palabra “quinesesia” se refiere al sentido por medio del cual el sujeto percibe el movimiento, peso, posición, etc., de sus músculos (D., p. 764). Las alucinaciones quinesésicas consisten en la percepción de partes del cuerpo que no existen (extremidades fantasmas), o de partes que están cambiando de forma o de tamaño. Se presentan después de la pérdida súbita de alguna extremidad, en los estados tóxicos y en la esquizofrenia (N. K., p. 72).

Con base en la forma de producirse las alucinaciones, estudiaremos dos tipos:

- a. Alucinación verdadera: Es aquella que se produce en la misma forma que las percepciones normales y sin modificar éstas. Se produce en el campo sensorial habitual del sentido afectado. La mayoría de las alucinaciones son de este tipo (V., p. 106), por lo cual no se acostumbra decir que una alucinación es verdadera, sino que esto se sobreentiende.
- b. Alucinación extracampina: Es aquella que el sujeto percibe fuera del campo sensorial propio del sentido afectado. Por ejemplo, una persona ve al diablo detrás suyo; otro individuo oye unas voces que le hablan dentro de su cabeza, o de su abdomen. Se presenta en la esquizofrenia y en la neurosis histérica (B., p. 84). El término “pseudoalucinación” es considerado por algunos como sinónimo de alucinación extracampina. Sin embargo, es preferible no usarlo, pues otros lo utilizan para otro tipo de alucinaciones (V., p. 106) (B., p. 82). Como son pocas las alucinaciones extracampinas, cuando el caso se presenta, debe especificarse a la hora de escribir el examen mental.

Con base en el estado de vigilia en que se producen las alucinaciones, tenemos tres tipos:

- a. Alucinación completa: Es la que se produce cuando el sujeto está completamente despierto.
- b. Alucinación hipnagógica: Es la que se presenta cuando el paciente está entre dormido y despierto, al comenzar a dormirse (V., p. 107).
- c. Alucinación hipnopómpica: Es la que se presenta cuando el paciente está entre dormido y despierto al despertar (V., p. 107).

Es importante diferenciar los dos últimos tipos de alucinaciones de los ensueños, los cuales se presentan cuando la persona está dormida.

Investigación de las alucinaciones

Como las alucinaciones son subjetivas, necesitamos que el paciente nos las relate para saber de su existencia. A la hora de interrogar al paciente acerca de las alucinaciones, es mejor preguntarle directamente si “oye voces que le hablan cuando está a solas?”, o si “Ha visto visiones?”, etc. Muchas veces el paciente sencillamente responderá que sí.

En ocasiones y si estamos atentos, podremos descubrir en el paciente algún indicio que nos haga sospechar que alucina. Estos indicios son signos objetivos de las alucinaciones. Por ejemplo, el paciente se puede quedar mirando fijamente hacia algún sitio (alucinación visual); o vuelve la cabeza de pronto, en actitud de escuchar (alucinaciones auditivas); el paciente puede traer taquitos de algodón en sus oídos (para evitar oír las voces), o taparse con los dedos las fosas nasales (para evitar percibir los olores); o súbitamente puede mostrar cara de miedo o placer (en respuesta a algo visto y oído (V., p. 107).

5. SENSORIO Y CAPACIDAD INTELECTUAL

El sensorio es todo el conjunto de órganos y centros del cuerpo que tienen que ver con las sensaciones (S., p. 974). En este capítulo estudiaremos: conciencia, orientación, atención, memoria, cálculo, capacidad de abstracción y vocabulario e información general.

A. Conciencia

Es la suma total de los procesos que le permiten al sujeto “darse cuenta”, percatarse, de sus mundos externo e interno. La conciencia utiliza los órganos de los sentidos para percibir directamente la información del mundo externo; usa los aparatos sensoriales internos para captar el mundo interior de su cuerpo; y finalmente capta su mundo interior psíquico (B., p. 164). La conciencia también tiene un componente motor, que le permite iniciar y ejecutar un acto voluntario (F.K., p. 556).

La conciencia no es estática; a cada instante cambia; es un registro constante de la existencia del individuo. Cada cambio es un estado de conciencia (B., p. 164) y a la sucesión de cambios se le ha llamado curso de la conciencia, para enfatizar su continuidad (E., E., p. 113).

La actividad psíquica presenta diferentes grados de nitidez. La conciencia suele dividirse en tres zonas diferentes, con base en el grado de nitidez con que son registradas las percepciones (B., p. 165).

ZONAS NORMALES DE LA CONCIENCIA

1. Zona consciente o centro de la conciencia o foco de la conciencia

Es la zona más pequeña y de mayor nitidez. (Por ejemplo, para el lector, correspondería a la zona en que se encuentran estas palabras que está leyendo). A mayor concentración, la zona consciente se vuelve más pequeña (análogo a lo que sucede en el campo visual del microscopio cuando cambiamos a un lente más poderoso: se ve mejor, pero en un área menor) (B., p. 166).

2. Zona subconsciente

Es aquella que bordea a la zona consciente, que fácilmente puede pasar a ésta (En el ejemplo que se dio antes, para el lector sería la zona en que se encuentran las palabras de esta página que se hallan inmediatamente atrás, o adelante, de las palabras que está leyendo). Cuando uno se concentra en la idea directriz de un pensamiento, el subconsciente se va llenando de constelaciones (B., p. 166 – 167).

3. Zona inconsciente

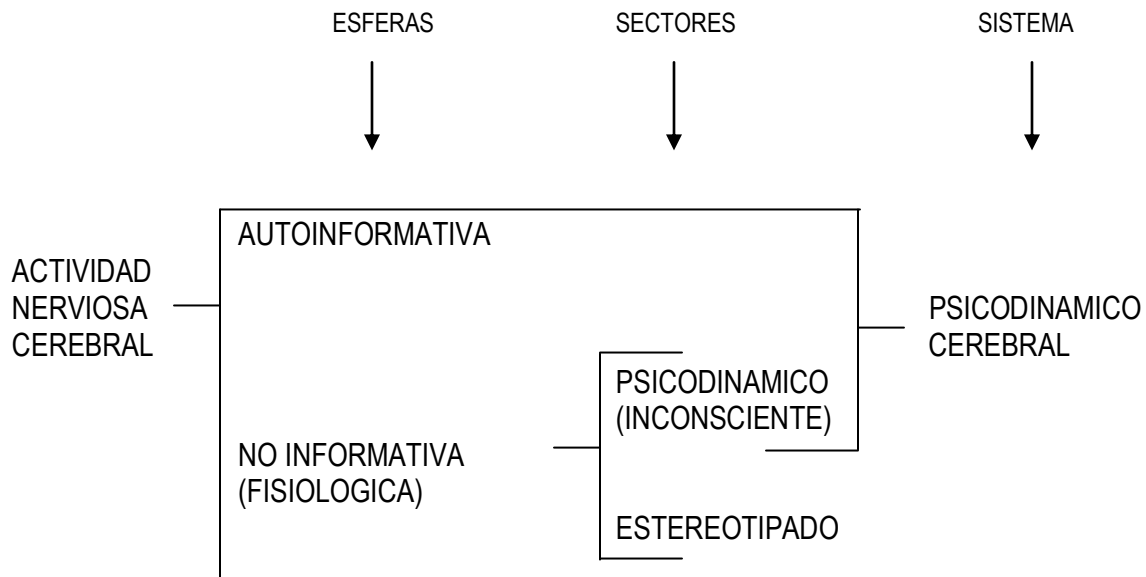
Esta zona está fuera de la conciencia; ésta última no puede alcanzar ningún objetivo de esta zona, ni borrosamente (B., p. 167). Ocasionalmente, y en forma imprevista, algún pensamiento o afecto salta de esta zona hasta la conciencia. Nos sorprendemos entonces de lo que hemos pensado o dicho. Por ejemplo, alguna vez nos puede suceder que, de

pronto, viene a nuestra memoria un recuerdo muy viejo, que habíamos olvidado por completo y cuya existencia ignorábamos hasta hace unos pocos momentos.

El material de la zona inconsciente se origina en tres fuentes distintas:

1. Las vivencias experimentadas en la zona consciente, que pueden pasar a ser almacenadas en el inconsciente; prácticamente, olvidadas.
2. Las borrosas vivencias del subconsciente.
3. Las tendencias, inclinaciones o deseos que nacen de lo instintivo afectivo (biológico) (B., p. 168).

Podemos evitar el uso del término "inconsciente" recurriendo a la terminología de Sandor Rado. Este autor divide la actividad nerviosa cerebral en dos esferas: una es la auto-informativa, que equivale a la conciencia; la otra es la esfera no informativa (fisiológica) y comprende toda la actividad nerviosa cerebral de la cual no nos damos cuenta. Una parte de esta esfera no informativa, constituye el sistema psicodinámico inconsciente. La esfera autoinformativa, junto con el sector psicodinámico de la esfera no informativa, constituyen el sistema psicodinámico cerebral (R., p. 302-304, 308).



Estados normales de la conciencia

Conciencia clara o lúcida

Este es el nombre que se le da al estado normal de la conciencia. El sujeto está despierto y se percata bien del mundo que le rodea y de su ubicación en ese mundo. El grado de lucidez varía normalmente, disminuyendo, por ejemplo, en el caso de la fatiga.

Sueño

Es un estado alterado de la conciencia, pero normal. Podemos darnos cuenta de la forma curiosa en que funciona la conciencia durante el sueño si pensamos en cómo una madre que está dormida a pesar de que hay ruidos fuertes cerca de ella despierta en cuando su bebé llora suavemente; o si recordamos la capacidad que tenemos para lograr despertarnos a determinada hora (F. K., p. 558). Otro aspecto interesante es la aparición de los ensueños mientras dormimos.

Hipnosis

Este no es un estado normal, pero tampoco indica patología. Es un estado de disociación producido artificialmente por medio de la sugestión (N. L., p. 513). Por medio de sugerencias dichas en forma monótona, el hipnotizador consigue que la conciencia del sujeto se vaya estrechando, éste se vuelve somnoliento y llega a dormirse, pudiendo a veces llegar a un estado cataléptico. El hipnotismo es una técnica importante dentro de la terapéutica psiquiátrica; sin embargo, en Costa Rica casi no ha sido utilizado por los psiquiatras, probablemente por temor a ser asociado con charlatanería.

Psicopatología de la conciencia

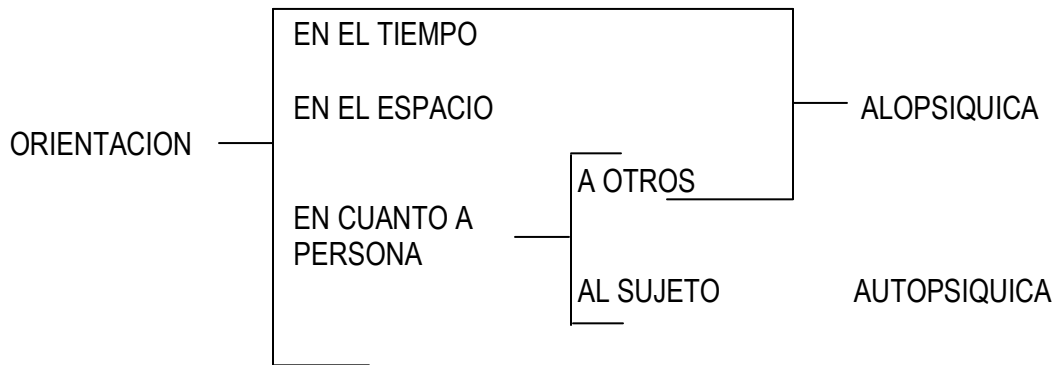
1. Obnubilación de la conciencia: El término “obnubilado” viene de “nube”. Con el se quiere decir que la conciencia está nublada. La obnubilación provoca un retardo de las elaboraciones psíquicas. El individuo no puede sostener la atención sobre un objeto; sus percepciones son lentas e imprecisas; su memoria falla en cuanto a la fijación y a la evocación; su pensamiento presenta interrupciones incorrectas; y finalmente puede perder la noción del yo y del mundo externo. (B., p. 170). La obnubilación se divide en varios grados; éstos varían un poco según diversos autores.
 - a. Embotamiento o torpeza: Es la forma más leve de obnubilación. Se presenta, por ejemplo, en los casos de fatiga muy intensa (B., p. 170).
 - b. Somnolencia: De un grado mayor que el embotamiento, mantiene al sujeto propenso al sueño. El paciente responde sólo a estímulos intensos, tales como gritos, luces intensas, golpes o pinchazos (V., p. 76). Se presenta normalmente cuando una persona está durmiéndose; en forma patológica, en intoxicaciones e infecciones (B., p. 170).
 - c. Estado soporoso: Es un grado de aún mayor de obnubilación, en el que el paciente se mantiene dormido y sólo responde a estímulos muy fuertes con algunas palabras sin sentido y con escasos movimientos (V., p. 76).
 - d. Sueño letárgico: En éste, el paciente está dormido y no es posible despertarlo por ningún estímulo externo, por fuerte que sea. Puede durar de minutos a semanas y su origen puede ser psicológico u orgánico (V., p. 75 – 76).
 - e. Coma: Este es un sueño letárgico que se acompaña de alteraciones del metabolismo, de la circulación o de los reflejos vegetativos incondicionados (V., p. 76). Se presenta, por ejemplo, en los traumatismos craneales graves, en la uremia y en la diabetes (B., p. 171).

2. Estados oniroides o de la conciencia onírica: Son estados semejantes al de la persona dormida que presenta un ensueño; en la conciencia se suceden una serie de representaciones que no corresponden a la realidad y que se presentan en el mismo desorden (pensamiento paleológico) que las imágenes de los ensueños. El paciente sufre de ilusiones, alucinaciones e ideas delirantes (V., p. 77). Estos pacientes casi no se mueven; se mantienen con la mirada fija en un mismo punto, y sus gestos cambian, pero poco. Se presentan en los períodos subagudos de los traumatismos encefálicos, en algunas intoxicaciones (opio), y en pacientes que han sufrido un traumatismo eléctrico poco intenso (puede ser una complicación del electro-shock) (V., p. 173-174).
3. Estados crepusculares o de ensueño: En éstos, la conciencia se halla obnubilada (B., p. 172) (N. K., p. 87) y el sujeto sólo puede percibir y comprender situaciones simples. Si se le interroga, al inicio responde bien, pero rápidamente se cansa y comienza a hablar en forma incoherente (B., p. 172). El paciente puede alucinar visual y auditivamente y puede cometer actos violentos o salir corriendo. Se presenta en la epilepsia, como equivalente psíquico (B., p. 172) y, en la neurosis histérica disociativa, como una forma de escapar de la realidad desagradable, o de buscar la satisfacción de deseos frustrados (N. K., p. 87)
Noyes y Kolb (N. K., p. 87) llama a este síntoma “estados de ensueño o estados de fuga” (en inglés) y explica que no se debe a afecciones toxicoorgánicas”, “sino que es de origen afectivo o de otro tipo psicógeno”. En la traducción al español, aparece con el nombre de “estado onírico o estado crepuscular” (K., p. 145). Pareciera que estos estados crepusculares y los estados oniroides (apartado anterior) son la misma cosa; aunque queda duda si se comparan las etiologías (orgánica versus psicológica).
4. Estrechamiento de la conciencia: Consiste en que el campo de la conciencia se reduce enormemente: una parte de la personalidad y de su actividad psíquica quedan inactivas y la conciencia del mundo exterior queda muy reducida. Así, la persona es capaz de llevar a cabo diferentes actos, pero su memoria no fija nada de lo que está viviendo en esos momentos (después no recuerda). Como las inhibiciones desaparecen en esos momentos, el paciente puede presentar conducta exhibicionista, incendiaria, o violenta. Se presenta en casos orgánicos, como en la epilepsia (B., p. 171).
5. Sonambulismo: En estos casos, la conciencia está muy recudida. El individuo, dormido, se levanta de su cama y lleva a cabo una serie de actividades; luego vuelve a la cama, y al día siguiente no recuerda nada de lo sucedido. Que parte de la conciencia está activa es claro, porque el paciente no choca con los objetos que se interponen en su camino (B., p. 172). Este es un ejemplo de disociación (N. K., p. 54).

B. Orientación

El proceso por medio del cual el individuo capta su ambiente y su propia relación con dicho ambiente, recibe el nombre de orientación (N. K., p. 88). Para que el sujeto pueda orientarse bien necesita ante todo una conciencia lúcida; además, su percepción, su atención y su memoria deben estar normales (N. K., p. 88). Se estudia la orientación del individuo con respecto a tres esferas: en el tiempo, en el espacio y en cuanto a persona. La orientación en cuanto a persona se refiere con

respecto a otras personas y con respecto al mismo sujeto. Esta última se llama orientación autopsíquica. La orientación respecto al tiempo, al espacio y a otras personas se llama orientación autopsíquica.



Orientación en el tiempo: Se investiga viendo si el paciente, por lo que habla, se da cuenta de la época en que está viviendo; si se percata en qué parte del día nos encontramos (mañana, tarde, noche). Si se considera necesario, se le van haciendo preguntas, como “Qué día de la semana es hoy?”. “Qué fecha es hoy?”. “En qué mes estamos?”. “Estamos a principios, a mediados, o al final del mes?”. “En qué año estamos?”. Etc. Debe tenerse en cuenta que para algunas personas (campesino) a la fecha no es tan importante como para otras (oficinista).

Orientación en el espacio: Para investigar ésta, le preguntamos al paciente “Qué lugar es éste?” o “En dónde estamos?”. Debe tenerse en cuenta la situación especial de cada caso para poder valorar la desorientación. Por ejemplo, si un paciente fue inyectado y traído al hospital mientras estaba dormido, es natural que no sepa en dónde se encuentra (Pero aún así, se reportará como desorientando en el espacio).

Orientación en cuanto a persona: Para su evaluación, vemos a través de la conversación del paciente, si él tiene claro quién es él. Se le puede preguntar “Quién es usted?”, “A qué se dedica?”, etc. Después se le puede preguntar acerca de los familiares que lo acompañan, o “Quién es ella?” (señalando a la enfermera), o “Quién soy yo?”. Claro que si el paciente me está apenas conociendo, no tiene obligación de saber ni siquiera que yo soy médico.

Desorientación: Es la falta de orientación. Hay que indicar en cuál de las tres esferas. Los trastornos de la orientación se presentan como consecuencia de diferentes cuadros psicopatológicos. Por ejemplo, en los casos de demencia, o en los de retardo mental, a mayor deficiencia de la capacidad intelectual, mayor desorientación. En la demencia, conforme ésta se va instalando, la desorientación se va presentando, en el siguiente orden: primero, en cuanto al tiempo; después, respecto al espacio; y finalmente en relación a la persona. No siempre tiene que ser así; si a un paciente el sábado lo trajeron dormido al hospital, hoy puede saber que es la mañana del domingo y no saber en dónde se encuentra. En los síndromes cerebrales orgánicos agudos la desorientación se debe a que la conciencia está obnubilada. En las esquizofrenias y en las depresiones la causa de la desorientación reside en la falta de interés del paciente por el mundo externo. La presencia de excitación psicomotriz, por sí sola, no lleva a la desorientación. Sin embargo, el mismo contenido de la idea delirante puede obligar al paciente a desorientarse (Por ejemplo, un esquizofrénico paranoide que tenía la idea delirante de estar viviendo en Panamá, cuando se hallaba internado en el Hospital Chapuí).

C. Atención

Noyes y Kolb definen la atención como “la reacción selectiva, consciente, por medio de la cual es organismo examina el mundo externo para buscar información útil” (N. K., p. 85). La atención es un fenómeno dinámico, no estático; poner atención es tomar una actitud en una dirección determinada; es lograr que un objetivo pase al campo de la conciencia y se mantenga en el punto de máxima concentración (B., p. 52). Se dice que, cuando atendemos, transformamos al oír en escuchar y el ver en mirar.

Es bueno recordar que las funciones de la mente no operan en forma aislada; cuando atendemos, percibimos, recordamos, asociamos, pensamos, sentimos, etc. Gracias a la atención podemos comprender mejor nuestros mundos externo e interno; si la atención se debilita, caemos en la confusión y el caos.

La atención produce varios efectos:

1. Aumenta la claridad del objetivo.
2. Al reducir el campo de la conciencia, limita la actividad intelectual, a la vez que la intensifica.
3. Favorece el proceso de fijación de la memoria.
4. Es indispensable para la elaboración psíquica (B., p. 54).

La agudeza de la atención es la cantidad de energía dedicada a atender. La intensidad de la atención disminuye cuando hay fatiga física o psíquica, bajo la acción de drogas (alcohol), etc. (B., p. 54). La concentración es el grado de dedicación que se le da a un objetivo dado. Automáticamente, la concentración en un sentido provoca la disminución de la atención en otro. Por ejemplo, si atendemos a un cuchillo, y después nos concentramos en el mango, automáticamente disminuye nuestra atención sobre la hoja del mismo (B., p. 55).

Se ha dicho que existen dos tipos de atención: la pasiva y la activa. Atención pasiva, o espontánea, o natural, o fisiológica, o refleja: Depende de todos los estímulos que vengan del exterior o del interior y que impresionan el sensorio. Esta atención no se mantiene mucho en un objetivo, pues pronto pasa a otro. Depende del grado de vigilia en que se encuentra la persona (qué tan despierta está) (V., p. 75). Atención activa, o voluntaria, o dirigida, o psicológica.

En ésta, la persona, por medio de su voluntad se concentra sobre un objetivo durante un tiempo más o menos prolongado (B., p. 75). Este tipo de atención se aumenta con el entrenamiento (en estudiantes, por ejemplo).

Betta desaprueba el término “pasiva” refiriéndose a la atención espontánea, pues, dice él, “la atención siempre es activa”; y da el ejemplo de cuando volvemos nuestra atención hacia el lugar en que sonó un ruido, explicando que aún para ese acto necesitamos aplicar cierta cantidad de energía (B., p. 56). Whittaker va más allá y dice que es un error considerar que hay dos tipos de atención; lo que sucede es que en algunos casos la atención está determinada por la naturaleza de los estímulos (atención espontánea) y en otros, por factores propios del sujeto (W., p. 377).

Características de la atención

El hecho que nosotros atendamos a algún estímulo depende, en parte, de ciertas características del mismo. Comparemos las variaciones de nuestra atención ante posibles anuncios que viéramos en la calle. Atenderemos más a un anuncio que se destaca por su tamaño. Se hará más notable si sus colores tienen una gran intensidad. Más llamará nuestra atención si presenta movimiento, o alguna otra modificación de los estímulos (cambios de colores, o que se apague y encienda alternamente). Más lo notaremos si hay una repetición del anuncio cada cincuenta varas. Y nuestra atención aumentará si el anuncio tiene características que lo convierten en una novedad o rareza (B., p. 57) (W., p. 377).

Factores internos que afectan la atención

Hay una serie de factores internos que influyen sobre el grado de atención que nosotros prestemos a determinados estímulos (W., p. 378). Según nuestros intereses, atenderemos a diferentes cosas (por ejemplo, al conocer a una mujer, un médico dirigirá su atención al pequeño bocio que ella tiene, mientras que la esposa del médico estará admirando el collar de la mujer). Nuestras actitudes y emociones hacen variar nuestra atención. Por ejemplo, es muy difícil para un estudiante atender a lo que dice un profesor por el cual siente antipatía.

Nuestras motivaciones influyen mucho sobre nuestra atención: corrientemente, si alguien enciende un cigarrillo, ni notamos la existencia del fósforo; pero, si necesitamos que alguien nos de fuego, la aparición de un fósforo captará inmediatamente nuestra atención.

Resumiendo, la atención depende de:

- a. El estado del sujeto
 - Físico (cansancio, etc.)
 - Psíquico (depresión, etc.)
- b. Características del estímulo (poco intenso, etc.)
- c. Factores internos del sujeto (falta de motivación, etc.)

Cualidades de la atención

Hay dos características propias de la atención, que nos permiten describir bien el estado de ésta (C., P. p. 43). Son los siguientes:

Vigilia: Se refiere a la cualidad de estar alerta, despierto, capacitado para captar los estímulos del mundo exterior. El grado de vigilia de un individuo está dado por el número y calidad de los estímulos que capta, y por la precisión de sus reacciones a ellos (V., p. 73).

Tenacidad: Se refiere a la cualidad de la atención de mantenerse fija a un mismo objetivo.

De cada una de estas dos cualidades de la atención se derivan tres adjetivos. Para describir el estado de la atención de un sujeto debemos usar un adjetivo que se refiera al grado de vigilia, y otro que corresponda al grado de tenacidad. Los adjetivos son los siguientes:

Normovigil: Indica un grado normal de vigilia.

Hipervigil: Indica que el sujeto presta un grado mayor que lo normal de atención a los estímulos externos. Se ve en los hipomaniacos y en los maniacos, quienes tienen que ver con todo lo que sucede alrededor de ellos.

Hipovigil: Indica un grado menor que lo normal de atención a los estímulos externos. Se presentan en los deprimidos, quienes prácticamente ni se percatan de lo que sucede alrededor de ellos.

Normotenaz: Indica un grado normal de la tenacidad.

Hipertenaz: Se refiere a que el sujeto se agarra a sus objetivos con una mayor tenacidad que lo normal. Se ve en los deprimidos, que se encierran persistentemente en su mundo de preocupaciones.

Hipotenaz: Indica que el sujeto mantiene su atención sobre su objetivo con menor tenacidad que lo normal. Se ve en los maniacos que saltan constantemente de un objetivo a otro, no pudiendo mantener su concentración sobre un mismo objetivo.

Veamos algunos ejemplos de aplicación:

El sujeto normal se presenta normovigil y normotenaz.

El maníaco está hipervigil e hipotenaz (le pone atención a muchos estímulos, pero no mantiene fija su atención en ninguno de ellos).

El deprimido aparece hipovigil e hipertenaz (no atiende casi a los estímulos externos, pero se agarra firmemente a su idea depresiva).

El retardo mental severo, o el individuo con un síndrome cerebral orgánico crónico, se presenta hipovigil e hipotenez (se percata poco de los estímulos externos y no puede mantener mucho la atención sobre un mismo objetivo).

Veamos algunos otros términos útiles en la descripción de la atención.

Desviación de la atención: Consiste en que, estando la atención dirigida hacia un objetivo, de pronto es atraída por otro objetivo más interesante (B., p. 55). Por ejemplo, un estudiante está atento a lo que explica el profesor, hasta que una muchacha atractiva se detiene frente a la puerta del aula.

Distractibilidad, o distraibilidad, o distracción de la atención: Consiste en que el sujeto está relajado y deja que su mente vague de un estímulo a otro (sea interno o externo), sin fijarse en particular o ninguno. En este caso hay una dispersión de la atención (B., p. 55). Este es un ejemplo de hipotenacidad.

Hiperconcentración de la atención: Se refiere a que el individuo mantiene fija su atención sobre un mismo objetivo, sin poner cuidado a otros estímulos alrededor de él (V., p. 78). Se ve, por ejemplo, en un investigador en su trabajo. Este es un caso en que hay hipertenacidad.

Atención vigilante, o suspicaz: Es una forma de atención superconcentrada, que está dirigida hacia ciertos fenómenos, personas u objetos del medio ambiente, que casi siempre está condicionada a la existencia de ideas delirantes (V., p. 79). El individuo parece estar atento a la posible aparición de la existencia de ideas delirantes (V., p. 79). El individuo parece estar atento a la posible aparición de algún indicio de peligro, o a la de alguna evidencia especial; su conducta es casi la caricatura de la de un detective sagaz. Algunos autores utilizan otros términos para describir la atención: aprosexia, hipoprosexia, hiperprosexia (B., p. 58). (Prosexia significa atención). No se describen aquí para evitar confusiones.

Exploración de la atención: Se lleva a cabo mientras se conversa con el paciente. Podemos observar si el sujeto mantiene su atención sobre el tema de la conversación, o no. Debemos repetirle nuestras preguntas? Está atento sólo a su mundo interior? Se va su atención detrás de cualquier cosa que suceda a su alrededor?

Las pruebas de cálculo que se usan al examinar la capacidad intelectual sirven también para poner a prueba la atención; por ejemplo, se le pide al sujeto que vaya restando de 7 en 7 a partir de 100, ó de 4 en 4 a partir de 25. En caso de personas con pobre educación, se les puede pedir que nombren los meses del año, o los días de la semana, en orden inverso.

D. Memoria

Betta define la memoria como “la actividad psíquica a que permite fijar, conservar y evocar las vivencias que han impresionado a la conciencia, que las reconoce como elementos registrados con anterioridad” (B., p. 145). Esta es una buena definición que incluye las cuatro fases que corrientemente se dice componen la memoria (fijación, conservación, evocación y reconocimiento) y que hace énfasis en lo que se recuerda son vivencias que antes impresionaron a la conciencia. Es importante diferenciar entre aprendizaje y memoria. Se dice que “el aprendizaje es el proceso por medio del cual se acumula experiencia, pudiendo ésta influir en el comportamiento subsecuente; y la memoria es el conocimiento consciente de esa experiencia pasada” (Ho 5., p. 108).

Sin embargo, se puede argüir que no es necesario que la conciencia haya registrado las vivencias originales, porque las personas hipnotizadas pueden recordar numerosos detalles que nunca cruzaron por su conciencia (S. A., p. 372). Por ejemplo, Juan puede haber estado con Carlos y no haberse fijado cómo andaba vestido éste; sin embargo, bajo hipnosis recuerda hasta los detalles. Desde el punto de vista anatómico, se ha encontrado que las lesiones extensas de uno o ambos lóbulos temporales producen trastornos de la memoria reciente. Sin embargo, la supresión de un solo lóbulo temporal, generalmente no tiene efectos duraderos sobre la memoria reciente (Ho 5., p. 112).

Tiene que ver con la memoria las circunvoluciones del hipocampo, los cuerpos mamilares y el tálamo óptico; probablemente, el cuerpo cingulado; y posiblemente, los fórnices (cuerno del hipocampo) (Ho 5., p. 113 – 114). Penfield, un neurocirujano, trabajando con pacientes bajo anestesia local, encontró que el estimular con un electrodo ciertas áreas del cerebro (corteza del lóbulo temporal, el paciente de pronto revivía una determinada situación de su pasado, con toda claridad, sintiendo los mismos efectos que había sentido en la situación original (Ho 5., p. 112). Es decir que el cerebro del paciente funcionaba algo así como una grabadora. En el libro “Yo estoy bien; Tú estás bien”, de Thomas Harris, aparece una interesante discusión sobre este punto (H. T., p. 28 y siguientes).

Los trabajos de investigación sobre los mecanismos que operan en el aprendizaje y en la memoria son apasionantes.

Sabiendo que los impulsos nerviosos son capaces de producir cambios químicos a nivel de la sinapsis, por un tiempo los neurofisiólogos pensaron que la memoria resultaba de la presencia en el cerebro de circuitos eléctricos altamente complejos, que mantenían una reverberación continua en redes eléctricas (Lorente de Nó, citado en H 5., 109). Como la hipotimia, el electrochoque y los narcóticos

interfieren con esa actividad eléctrica, pero no suprimen los recuerdos, la hipótesis mencionada debe desecharse (H., p. 109).

Hydén, un neurobiólogo sueco, ha llevado a cabo una serie de experimentos con los cuales ha abierto el camino hacia otra explicación de la memoria: es posible que los recuerdos se almacenen gracias a la síntesis de proteínas en las neuronas, en forma semejante a como se conserva la información genética (Ho 5., p. 110). Brain recuerda cómo, en 1882, Samuel Butler dijo: "Por varios años he... insistido... en que la relación entre la memoria y la herencia es tan íntima, que no hay razón para considerarlas como genéticamente diferentes, aunque por conveniencia puede ser práctico distinguirlas por medio de nombres diferentes". (Ho 5., p. 110).

Unos investigadores de la Universidad de California estudiaron los cerebros de las ratas de dos grupos; en un grupo, las ratas estuvieron aisladas y sujetas a pocos estímulos, mientras que en otro, los animales vivieron juntos, en un medio lleno estímulos provocados por "juguetes" y diversos tipos de entrenamiento. Después de ocho días, se encontró que los cerebros de las ratas del segundo grupo tenían una corteza de mayor peso y una mayor actividad de acetilcolinesterasa cortical (Ho 4., p. 88). Parece, pues, que la experiencia del aprendizaje, de algún modo aumentó el peso del cerebro y la actividad química del mismo.

En la Universidad de Michigan han demostrado que hay una relación entre la consolidación de la memoria y la fabricación de proteínas en el cerebro. Lo que han hecho es entrenar a peces dorados comunes a hacer alguna tarea simple (moverse de un extremo de su pila al otro, al encenderse una luz); y en distintos momentos durante el entrenamiento, o después de éste, inyectan en el cráneo del pez una sustancia que interfiere con la síntesis proteínica (S.A., p. 380). Han encontrado por ejemplo que, si inmediatamente después del entrenamiento, al pez le inyectan puromicina (un antibiótico), el pez olvida el entrenamiento. Quiere decir que, si se inhibe la síntesis proteínica, se interfiere con el proceso de la memoria. Si se inyecta al pez antes de su entrenamiento, el pez aprende, pero tres días después ha olvidado completamente. Es decir que no se interfirió con la memoria a corto plazo, pero sí con la consolidación de la memoria a largo plazo. Entonces, la síntesis de proteínas es necesaria para la consolidación de la memoria. Ahora bien, si la puromicina se le inyecta al pez una hora después de su entrenamiento, el pez recuerda. Es decir que la consolidación puede ocurrir en cosa de una hora. Así como demostraron que la consolidación de la memoria depende del tiempo, así también encontraron que la formación de la memoria depende del ambiente (en un ambiente con muchos estímulos, la fijación de la memoria se ve bloqueada). Así después de su entrenamiento, el pez necesita cierta cantidad de tiempo para consolidar su memoria; pero ese período no comienza mientras el pez esté en un ambiente con muchos estímulos (la pila en que se le entrena), sino que se inicia cuando es trasladado a un ambiente tranquilo (el tanque en que habitualmente vive) (S. A., o, 379 y sig.)

Cada célula consta de cientos de proteínas distintas; cada proteína puede estar formada por cientos de aminoácidos distribuidos en determinado orden y en ciertas proporciones; y puede haber 20 diferentes clases de aminoácidos en una proteína (C. V., p. 27). Esto da la posibilidad de que haya incontables variables de distintas proteínas.

La información que determina la secuencia en que se ordenan los aminoácidos es transmitida por el R.N.A. (ácido ribonucleído) (S.A., p. 380). A partir de los experimentos de Hydén se ha demostrado que el R.N.A. de las neuronas y de las neuroglías que las rodean, es muy sensible a aquellas condiciones que afectan la actividad nerviosa, incluyendo la estimulación sensorial y los experimentos de aprendizaje (Ho 4., p. 89).

Así, se ha llegado a proponer una teoría en que la memoria resulta de cambios estructurales, que consisten en la formación en el cerebro de moléculas especiales que alteran las propiedades de conducción de las neuronas o la interacción entre estas últimas. Los genes jugarían un papel básico en la determinación de la estructura de estas moléculas especiales. Según Hydén, la memoria se almacena por medio del R.N.A. y sin la participación del D.N.A. (ácido desoxirribonucleico); según otros autores, con la participación del D.N.A. (Ho. 4., p. 90). Si la posibilidad de fabricación de distintas variedades de proteínas es inmensa, y si la memoria depende de la capacidad del cerebro para sintetizar proteínas distintas, resultan comprensibles todas las proezas de nuestra memoria.

FASES DEL PROCESO DE LA MEMORIA

Ante todo, es bueno recordar que, como en el caso de las otras funciones de la mente, para que ocurra el proceso de la memoria es necesaria la actividad de otras funciones. Por ejemplo, no podríamos memorizar algo si no tenemos una conciencia clara, o si no ponemos atención, o no percibimos.

Ya es clásico dividir el proceso de la memoria en las cuatro fases siguientes: fijación, conservación, evocación y reconocimiento (B., p. 145)

1. Memoria de fijación o registro: Se refiere al proceso por medio del cual se graba una huella mnésica o engrama mnésico. Ya explicamos cómo se cree actualmente que este trabajo lo hacen los genes de los núcleos de las células cerebrales, elaborando información para la síntesis de nuevas proteínas. Si, en los momentos en que un sujeto vive una situación, su conciencia se halla obnubilada, el individuo no puede fijar los recursos y no conserva memoria de lo sucedido.
2. Memoria de conservación, o retención. Esta fase se refiere al proceso por el cual los recuerdos son almacenados. Si comparamos la memoria con una grabadora, la fase de fijación correspondería al momento en que se graba, por ejemplo, una canción en la cinta. La de conservación tendría que ver con cómo se guarda archivado el equivalente de la canción, en la cinta. Betta nos habla de dos tipos de teoría para explicar esto: una teoría materialista que hace que la memoria dependa de cambios fisiológicos, y una teoría psicológica que explica el funcionamiento de la memoria sin necesidad de que haya cambios en el tejido nervioso (B., p. 146). Esta forma de explicarse la memoria (o cualquier otra función de la mente) como capaz de existir sin que su funcionamiento implique cambios en el cerebro, actualmente no tiene sentido. Puede que no haya cambios anatómicos groseros, ni microscópicos, pero tendrán que existir modificaciones de algún tipo (bioquímicas, eléctricas, etc.) Si nada cambia en el cerebro, nos quedaremos estáticos, sin cambios: no podremos percibir, ni recordar, ni pensar, etc.
3. Memoria de evocación. Consiste en la reactualización de los recuerdos, que son nuevamente traídos a la conciencia, en forma de imágenes mnemónicas o mnémicas. En la analogía de la grabadora, correspondería al momento en que, tiempo después de haber hecho la grabación, encontramos la cinta, la colocamos en la grabadora y ésta reproduce el sonido: suena la canción.

Se pueden considerar tres tipos diferentes de evocación. Los dos primeros se utilizan en la memoria de los recuerdos psicológicos. Son:

- a. La evocación consciente y voluntaria, que es aquella que llevamos a cabo haciendo un

esfuerzo mental (B., p. 147). Por ejemplo, si el lector trata de recordar el nombre que dimos de un antibiótico que interfiere con la síntesis proteínica.

- b. La evocación consciente y espontánea, que es aquella en que un recuerdo se nos presenta sin que hagamos ningún esfuerzo por recordarlo (B., p. 147). Por ejemplo, si, sin que hagamos ningún esfuerzo, de pronto se nos viene a la mente la palabra “puromicina”.
- c. La evocación automática e inconsciente. Es el tercer tipo de evocación; es la que nos sirve para poner en práctica los mecanismos motores que hemos convertido en hábito (por ejemplo, escribir a máquina) y para evocar las imágenes que utilizamos cuando estamos percibiendo (por ejemplo, al ver un aparato, saltan a mi memoria imágenes de teléfonos, que me ayudan a percibir este aparato como un teléfono) (B., p. 148)

El proceso de la evocación se ve afectado por factores fisiológicos; por ejemplo, disminuye cuando hay fatiga. La evocación también es afectada por factores psicológicos. Las emociones pueden, según el caso, aumentar o disminuir la capacidad de evocación. Es sabido cómo, ante el miedo que provoca un examen, un alumno reacciona recordando datos que no creía saber, mientras que otro olvide hasta su propio nombre.

4. Memoria de reconocimiento y localización. Es el proceso en el cual al recuerdo es identificado como algo del pasado: como un recuerdo. A la memoria que nos llegó, le agregamos tributos y la localizamos en el tiempo y en el espacio (B., p. 149). Para continuar con la analogía de la grabadora, esta fase correspondería a los momentos en que, oyendo la canción reproducida por la grabadora, pensamos:

“Ese es un tango; sí; lo canta Gardel... ¡ah!, ya me acuerdo; lo grabé el año pasado, con María...”

El olvido consiste en la pérdida de nitidez que poco a poco van sufriendo los recuerdos (B., p. 149). El olvido es un proceso normal. Aquellas experiencias que nos interesaron poco, que no se acompañaron de emociones fuertes, o que no hemos necesitado recordar, se olvidan con mayor facilidad que las que nos interesaron mucho, o se acompañaron de emociones intensas, o que hemos recordado repetidas veces. Para hablar de olvido es necesario que el recuerdo no se presente aunque el sujeto haga esfuerzos por traerlo a la mente; si no ha hecho el esfuerzo, no es posible saber si realmente ha olvidado. Tampoco podemos hablar de olvido si en realidad no hubo fijación de la memoria (por conciencia obnubilada, o falta de atención, etc. El olvido no es la ausencia del recuerdo, sino la desaparición del mismo (F., p. 73)

Las alteraciones psicopatológicas de la memoria pueden ser divididas en dos grupos: las cuantitativas y las cualitativas.

Alteraciones cuantitativas de la memoria

1. Hipermnesia. Este término indica que el sujeto tiene una facilidad para recordar mayor lo normal. Betta nos dice que se presenta en individuos normales, gracias a que se entrenan; y que se encuentra, en forma patológica en los maníacos y en pacientes con ideas delirantes (B., p. 154). Villa Landa define el término haciendo énfasis en que los recuerdos que el sujeto fija o evoca con facilidad, son de poca importancia para él mismo (o por lo menos eran de poca importancia en el momento en que fueron fijados) (V., p. 83); así, la hipermnesia siempre sería patológica. En unos casos de hipermnesia, el exceso es de

fijación de recuerdos; en otros, lo que aumenta es el poder de evocación propiamente dicho.

2. Hipomnesia. Consiste en un debilitamiento de la memoria; el sujeto tiene dificultad para fijar nuevas huellas mnésicas, o no puede evocar los recuerdos que antes evocaba con facilidad (B., p. 153). Se presenta en sujetos normales que están preocupados por algo; en neuróticos angustiados; en deprimidos; y en casos de síndromes cerebrales orgánicos. Villa Landa utiliza para este síntoma el término dismnesias (de fijación y de evocación) (V., p. 84). Betta le da otro sentido a "dismnesia" (B., p. 154) y otros consideran que dismnesia es cualquier trastorno de la memoria (E. E., p. 167)
3. Amnesia. Este término indica que el individuo es incapaz de evocar los recuerdos de un período de su vida, teniendo conciencia de que esos recuerdos existieron y de que ahora faltan (B., p. 151).

Las amnesias podemos clasificarlas en parciales y totales.

Amnesia parcial. Es aquella en que los recuerdos que faltan corresponden solamente a uno de los sentidos (por ejemplo, el paciente no recuerda lo que vio, pero sí lo que oyó, durante un período). Estas amnesias pueden ser de tipo orgánico y en ese caso la pérdida es definitiva; o pueden ser de tipo psicógeno y entonces sí pueden desaparecer (B., p. 151)

Amnesia total. Es aquella que abarca todos los elementos y formas del conocimiento que corresponden a un determinado período (por ejemplo, el paciente no recuerda que vio, ni oyó, ni tocó durante determinado lapso) (B., p. 151). Las amnesias totales pueden ser de varios tipos, que siguen a continuación.

- a. Amnesia anterógrada o de fijación. Es un tipo en el cual, como su nombre lo indica, lo que falla es la fase de fijación. Si el recuerdo no se fija, es claro que luego no puede ser evocado. En esta amnesia los recuerdos que se graban son los que corresponden a sucesos posteriores al inicio de la amnesia. Por ejemplo, un señor sufre un golpe en la cabeza el 1 de enero de 1975, quedando con amnesia anterógrada; entonces, no recordará lo sucedido en enero, febrero, etc. De 1975, pero sí lo que pasó en 1874 y años anteriores. Se presenta cuando los recuerdos no se fijan debido a que la conciencia está obnubilada, como inmediatamente después de un ataque epiléptico; o cuando no se fijan por inestabilidad de la atención, en el caso de pacientes con gran excitación psicomotriz; o cuando no se fijan porque la atención presenta hipovigilia, como en las depresiones (B., p. 152).

Amnesia post-traumática. Este término se usa para referirse a la amnesia que se presenta después de un traumatismo en la cabeza. En realidad es una amnesia de fijación, que afecta los recuerdos de los sucesos posteriores al traumatismo. A veces, después del traumatismo hay un período lúcido, en el cual el paciente aún fija sus recuerdos (después los recordará), que se sigue del período amnésico. El paciente puede recordar algunos hechos aislados, como algo de cuando iba en la ambulancia para el hospital (Ho 5., p. 115)

La duración de esta amnesia es un índice de la severidad del daño encefálico. En el caso de los viejos, la duración de la amnesia tiende a ser más prolongada que en los jóvenes. (Ho 5., p. 115 – 116)

- b. Amnesia lagunar. Se refiere a una amnesia de fijación que se mantiene sólo por cierto período. Aquí por falla de la conciencia (como en el caso de una persona que está muy borracha), no se fijan los recuerdos. Luego de que la conciencia se aclara (después de la borrachera), nuevamente se vuelven a fijar recuerdos; como resultado, el sujeto no tiene

memoria de lo que pasó durante un período, conservando recuerdos de lo sucedido antes, y después, de ese lapso (el borracho que recuerda lo sucedido antier, y lo de hoy, pero no lo de la borrachera de ayer) (B., p. 152)

- c. **Amnesia retrógrada o de evocación.** Consiste en la pérdida de recuerdos por un período anterior al inicio de la amnesia; recuerdos que antes fueron fijados y que el individuo podía evocar. Esta amnesia es muy común después de los traumatismos craneales que se acompañan de pérdida de la conciencia; pero se presenta también, después de electrochoque, status epilepticus, meningitis, anoxia cerebral aguda (como en ahorcamiento), en casos de anemia aguda y en envenenamiento por CO (Ho 5., p. 116)

La recuperación de la memoria ocurre en base al tiempo y no en relación a su importancia los recuerdos más viejos se recobran primero y los más recientes de último (Ho 5., p. 117)

Las amnesias retrógradas pueden ser de tipo orgánico, como ya se indicó, o de tipo psicógeno.

En este caso se habla de amnesias electivas.

- d. **Amnesia electiva.** En este tipo, faltan todos los recuerdos que están relacionados con algún tema o persona. El psicoanálisis nos explica que estos recuerdos no han desaparecido de la mente, sino que están reprimidos (F., p. 109).

Debe serse cuidadoso al diferenciar entre una amnesia de tipo emocional y otra de tipo orgánico. Si no ha habido fallas de la conciencia ni de las funciones intelectuales, probablemente es psicógena. Si la amnesia es fragmentaria, con pérdida de recuerdos que pertenecen a diferentes temas sin relación entre sí, es probablemente orgánica. Si la memoria falla en forma generalizada, lo mismo par recuerdos recientes, que remotos, es probable que se trate de una enfermedad degenerativa cerebral. (N. K., p./ 89).

- e. **Amnesia retroanterógrada o global.** Esta es una combinación de la amnesia anterógrada y de la retrógrada. Fallan pues, la fijación y la evocación, lo cual trae trastornos en la comprensión y en la orientación (B., p. 153).

Este tipo de amnesia se presenta en las demencias, particularmente en el síndrome de Korsakoff y en la demencia senil (V., p. 85).

En la demencia senil desaparecen primero los recuerdos recientes, y poco a poco se van perdiendo más y más recuerdos, alejándose en el pasado; los últimos en desaparecer son los de la infancia. En casos de demencia senil, aún más avanzada, reaparecen recuerdos de aventuras, o de cantos de la niñez. Ciertos automatismos se conservan; por ejemplo, viejos seniles capaces de jugar a las cartas (F., p. 109 – 110). Lo más complejo, lo más intelectual, es lo que más fácilmente se olvida. Si un idioma ha sido aprendido a través de las lecciones, será olvidado más fácilmente que si se aprendió a través de la práctica (f., P. 110); y el idioma que se aprendió de niño se recuerda más que el que se aprendió de adulto.

Alteraciones cualitativas de la memoria

1. **Paramnesias, o falsos reconocimientos:** Las paramnesias son errores de la memoria, en los que los recuerdos no corresponden a los acontecimientos que les dieron lugar. El sujeto no se percata de que existe una discrepancia entre sus recuerdos y la realidad vivida; si lo supiera se trataría de una mentira y no de una paramnesia (V., p. 86).
- a. **Fenómeno de “dejá vu”.** Consiste en que, encontrándose el sujeto ante una situación nueva, experimenta la sensación de ya haber visto esto (por ejemplo, al visitar un pueblo

por primera vez, el visitante siente como que ya antes estuvo ahí). Se puede presentar en casos de psiconeurosis, de esquizofrenia, de lesiones del lóbulo temporal (incluyendo epilepsia) y, en estados de fatiga o de intoxicación (N. K., p. 90-91). En los casos de neurosis, este fenómeno se acompaña de un sentimiento de extrañeza (Qué raro: me parece como si antes ya hubiera estado aquí"); en cambio, en la esquizofrenia el paciente acepta el fenómeno como si fuera algo natural ("Ya yo estuve aquí") (B., p. 155). Se han dado diferentes explicaciones de este fenómeno. Por ejemplo, se ha dicho que lo que sucede es que el sujeto percibe la situación a nivel inconsciente, y casi inmediatamente después lo percibe de nuevo, a nivel consciente; y entonces es claro que le parezca reconocer la situación, puesto que en realidad ya la había percibido. Otra explicación nos dice que la situación actual está asociada a otra, antigua, que fue traumática y está reprimida, o a alguna fantasía o deseo, también reprimido, que provoca ansiedad.

- b. Fenómeno de "jamais vu". Consiste en que, ante un lugar o situación familiar, el sujeto tiene la sensación de que nunca ha visto tal cosa. Por ejemplo, un sujeto que al entrar a su oficina tenga la sensación de que nunca ha estado ahí. Se presenta en los mismos casos que el "dejá vu"; y en igual forma, en el caso de la neurosis se acompaña de sentimiento de extrañeza, y no así en la esquizofrenia.
- c. Ilusión de la memoria o falsificación retrospectiva. Consiste en que el sujeto, por necesidades afectivas y sin percatarse de lo que hace, selecciona los detalles de sus recuerdos, le agrega otros, y así fabrica un recuerdo según su conveniencia. Se ve en las psicosis paranoides (B., p. 155). Todos tendemos un poco a hacer esto, pero en el paranoide esta tendencia está exagerada; las alteraciones de sus recuerdos le sirven de extrañeza, y no así en la esquizofrenia.
- d. Alucinación de la memoria. Consiste en que la persona evoca un recuerdo que en realidad nunca fue fijado. Se presenta en paranoides que aseguran haber vivido en otra época, o en un país en el cual nunca han estado (B., p. 155).
- e. Confabulación: Es un falso recuerdo, de un suceso verosímil, que el sujeto cree haber vivido o presenciado (V., p. 86). El paciente utiliza sus confabulaciones para llenar las lagunas de su memoria. Cuando interrogamos al paciente y su memoria le falla, nos contesta alguna cosa; momentos después nos puede decir algo distinto. Se comporta como si dijera pequeñas mentiras para evitar que se descubrieran sus fallas de la memoria. Le podemos sugerir al paciente recuerdos falsos, y él los acepta. Por ejemplo, el paciente no conoce a la enfermera y nosotros le sugerimos: "Verdad que usted la conoció a ella, el año pasado, en Puntarenas?". Y él lo acepta. La confabulación se presenta mucho en pacientes con amnesia global, pero especialmente en el Síndrome de Korsakoff (V., p. 36) (N. K., p. 90).
- f. Criptomnesia. Consiste en que la persona evoca un recuerdo, que anteriormente fue fijado, pero no lo reconoce como un recuerdo, sino que lo experimenta como un pensamiento que se le ocurre por primera vez (B., p. 156). Con cierta frecuencia podemos ver a alguien que nos dice, como una idea propia, algo que días o meses atrás nosotros le habíamos dicho. Esto ha dado lugar problemas por derecho de autor, cuando alguien escribe un verso, o una melodía, creyendo ser original, y después resulta que aparece otra persona que ya había escrito lo mismo. En los casos de criptomnesia, la persona es honesta; no está mintiendo conscientemente. Se presenta en personalidades histéricas y a veces en epilépticos (V., p. 87)

- g. Ecmnesia: Consiste en que el sujeto evoca un recuerdo con tal viveza que se confunde y cree vivir en el momento recordado. Es decir que transforma el pasado en presente (B., p. 156). Se presenta en los cuadros demenciales (B., p. 158).
 - h. Paramnesia reduplicadora: Este fenómeno, poco común, se describe como una proyección del presente hacia el pasado, de modo que el paciente experimenta un doble estado de conciencia, ubicándose simultáneamente en dos épocas. Por ejemplo, un paciente internado en un hospital, quien por desorientación ignora que está, por ejemplo, en febrero de 1984, vive la situación como que está hospitalizado en febrero de 1983. Se presenta en casos de demencia y en pacientes que están muy confusos (B., p. 156).
 - i. Pseudología fantástica. Consiste en que el sujeto relata sucesos más o menos inverosímiles, como si realmente hubieran ocurrido y no como producto de su fantasía (V., p. 87).
2. Eidetismo. Consiste en que el sujeto tiene recuerdos tan vivos, que puede representarse los detalles como si estuviera percibiendo los sucesos en la actualidad y que no se trata de recuerdos. Debe recordarse que las representaciones de los niños se acercan más a esto, normalmente, que las de los adultos. El eidetismo se presenta en los retardados mentales y en histéricos (V., p. 88).

Defectos específicos de la memoria

Como la memoria toma parte en toda nuestra conducta aprendida, los trastornos específicos de ciertas conductas pueden ser descritos como fallas de la memoria. Así, todas las afasias, y apraxias pueden ser vistas como trastornos de la memoria, aunque generalmente no se hace así (Ho 5., p. 124).

La investigación del funcionamiento de la memoria del paciente se efectúa aprovechando el relato que él nos hace de su padecimiento y de su vida. Debemos observar si el relato es congruente o si ofrece contradicciones respecto a fechas de sucesos, o a nombres de personas o de lugares. Se pueden hacer preguntas que no afectan al paciente en lo personal y que se refieren a hechos importantes ocurridos en el país, o en el lugar en que él ha vivido, y que se esperaría que él, como la mayoría de las personas, recordara (N. K., p. 126).

La capacidad para retener se puede estudiar pidiéndole al paciente que repita varios dígitos no consecutivos; por ejemplo: 4-9-2-7-3. También se le puede pedir que los repita al revés de cómo se le dieron (3-7-2-9-4 en el ejemplo anterior). Se le pueden decir al paciente varias palabras, encargándole que las recuerde; y 5 minutos o una hora después, se le pide que las repita (N.K., p. 126).

E. Inteligencia

Recordemos que estamos estudiando el apartado número 6 del examen mental, que comprende sensorio y capacidad intelectual.

La inteligencia, en términos generales, es definida como “la capacidad de un individuo para resolver problemas, para adaptarse a nuevas situaciones, para formar conceptos y para beneficiarse de sus experiencias” (F. K., p. 838). O, en forma más simple, sería la capacidad psicológica para utilizar el ambiente y adaptarse al mismo. La inteligencia depende básicamente de la herencia, que provee,

digamos, un potencial de inteligencia. Pero ese potencial debe ser desarrollado, y esto depende mucho del ambiente en que se cría el niño.

En los niños, el grado de inteligencia varía con la edad; conforme el niño va creciendo, su inteligencia se va desarrollando, hasta por ahí de los 15 ó 16 años de edad. De aquí en adelante el grado de inteligencia no aumenta, aunque el individuo puede mejorar su manera de utilizar la inteligencia ya desarrollada (S. B., p. 19). Se han encontrado diferencias en la capacidad intelectual de diferentes razas, pero esto debe probablemente a diferencias de ambiente y de cultura y a otros factores (W., p. 440 y sig.)

La condición socio-económica de los padres afecta el desarrollo de la inteligencia de los hijos. Así los niños de padres ricos comprenden el significado de más palabras que los hijos de padres pobres; pero los niños pobres a menudo muestran más inteligencia práctica, ya que la vida los ha obligado a estar resolviendo problemas prácticos (S. B., p. 27-28).

Para demostrar la importancia del ambiente sobre el desarrollo intelectual, Whittaker (W., p. 438) cita el caso de Handel, Mozart, Chopin, Liszt, Verdi, Schubert y Rossini; todos estos músicos fueron niños prodigio. Whittaker nos hace ver que todos estos muchachos crecieron en un ambiente muy especial; todos ellos vivieron en Europa, en un período limitado de 100 años, época en la cual la música era de un gran interés para la gente de todas las edades y todas las clases sociales. Estos muchachos recibieron un gran estímulo de parte de sus familiares; recibieron instrucción musical desde muy temprano; pudieron practicar con frecuencia en sus instrumentos; tuvieron oportunidad de relacionarse con músicos muy competentes, de quienes podían aprender más; y tuvieron éxitos tempranos que los estimularon mucho. Sin todas esas ventajas, es difícil creer que hubieran desarrollado su genio musical en la forma en que lo hicieron. Clínicamente, podemos apreciar en términos generales el grado de inteligencia de un individuo; pero los psicólogos, por medio de pruebas, pueden valorar en forma más precisa la capacidad intelectual de una persona.

Algunos psicólogos consideran que la inteligencia es una capacidad única, global; otros, piensan que se compone de varias capacidades independientes. Se han hecho diferentes pruebas con base en estas distintas concepciones de lo que es la inteligencia (W., p. 430). Las pruebas deben ser diferentes para niños y para adultos. En ambos casos el individuo debe de responder a preguntas (pruebas verbales) y debe ejecutar algunas acciones (pruebas de ejecución), como, por ejemplo, armar un rompecabezas.

Mediante las pruebas de inteligencia, los psicólogos establecen el grado de inteligencia normal para cada edad. Cuando se dice que un niño resultó en las pruebas con una edad mental de, por ejemplo, 6 años, lo que se expresa es que la habilidad de este niño corresponde a la habilidad media de niños de 6 años de edad (S. B., p. 61).

El método que se sigue para establecer el grado de inteligencia cada edad es el siguiente: se aplica una prueba a una cantidad grande de niños de diferentes edades, escogidos al azar; luego, se determina el porcentaje de niños, de cada edad, que resolvieron la prueba. Se considera que la prueba mide la inteligencia de determinada edad, si el 65-75% de los niños de dicha edad resuelven correctamente la prueba. Se considera que si la prueba es resuelta por menos del 65% es porque es muy difícil para esa edad, y si la resuelve más del 75%, es porque es muy fácil (S. B., p. 61-62).

Para poder comparar el grado de inteligencia de diferentes personas, Stern ideó el "cociente de inteligencia" (W., p- 427). El cociente de inteligencia (C.I.) es un número, que se obtiene dividiendo la edad mental (E.M.) de una persona (según el resultado de la prueba) entre la edad cronológica (E.C.) de dicha persona y multiplicando el resultado por 100 (así se evitan los decimales) (S. B., p. 65).

$$\text{La fórmula es: } C.I. = \frac{E.M.}{E.C.} \times 100$$

Si la edad mental es mayor que la cronológica, el cociente de inteligencia será mayor de 100. Y si la edad cronológica es mayor que la edad mental, el cociente será menor de 100.

Clínicamente, durante la entrevista podemos ir valorando la capacidad intelectual del paciente. Nos iremos dando cuenta de si esta persona comprende la situación en que se halla y si entiende las preguntas que le hacemos. Nos fijaremos en si, al conversar, sigue una línea determinada de pensamiento, ateniéndose a lo esencial, o si no distingue lo pertinente de aquello que no lo es (no confundir esto con la disgregación ni con la circunstancialidad).

Observamos si durante la conversación el paciente da muestras de iniciativa y espontaneidad, produciendo ideas nuevas, o si es sólo un repetidor de lo que otros dicen. Veremos cuánta capacidad tiene para asociar ideas para expresarlas. Y notaremos su capacidad para abstraer.

A veces será necesario plantear algunos problemas al paciente para poder valorar mejor la capacidad intelectual del sujeto.

El estudio de la inteligencia presente mucho traslajo con otros apartados del examen mental. Así, interesa saber si puede recordar una serie de dígitos o de palabras (memoria); si puede resolver problemas aritméticos (cálculo); si puede descubrir semejanzas y diferencias entre dos cosas o situaciones (abstracción y juicio); si conoce el significado de diferentes palabras y si utiliza bien, en la práctica, los conocimientos que posee (vocabulario e información general y juicio). Contribuyen, también, a la capacidad intelectual, la atención y concentración y el grado de coordinación visomotora.

La inteligencia aparece subnormal en el retardo mental y en las demencias. Puede aparecer disminuida cuando el paciente está muy ansioso, o confuso, o si no coopera en el examen.

F. Cálculo

Como parte de estudio de la capacidad intelectual del paciente, debemos investigar su capacidad para calcular y para contar. Al paciente se le pide que haga cálculos simples, que implican el uso de las operaciones aritméticas de suma, resta, multiplicación y división. Es bueno ofrecer siempre las mismas preguntas (a diferentes pacientes), para que el examinador se vaya formando una buena idea del tipo de respuestas que puede esperar de distintas clases de gente.

Se debe notar si el paciente contesta rápidamente o en forma muy lenta (en este caso debe anotarse el tiempo que tarda en dar la respuesta), y si se percató de sus errores o no. Se le puede pedir al paciente que diga, por ejemplo, cuánto es $5 + 7$, 7×8 , $54 - 17$. Se van planteando problemas más difíciles. Si un caramelo cuesta $\$1.00$, cuánto costarán 10 caramelos?, cuánto es $\frac{1}{4} \times \frac{1}{4}$?, cuánto es el 4% de 250? Se le pide al paciente que cuente hasta 20 y luego se devuelva hacia atrás. Se le pide que reste 7 de 100; que, a lo que queda, le reste 7, y así continúe (en voz alta).

G. Capacidad de abstracción

Normalmente, a veces la gente habla utilizando las palabras para referirse a algo concreto; otras veces, usa las mismas palabras para denotar algo abstracto. Algunas personas tienen dificultad para abstraer, pues piensan en una forma muy rígida que se llama pensamiento concretista. Este pensamiento se presenta en los esquizofrénicos y en algunos síndromes cerebrales orgánicos (F. K., p. 507).

Para detectar la capacidad de abstracción, le ofrecemos al paciente unos, dos o tres proverbios, para que nos vaya diciendo qué quieren decir. Por ejemplo, "Hijo de tigre sale rayado", o "Camarón que se duerme, se lo lleva la corriente", o "El que madruga come pechuga", o "Vale más pájaro en mano que cien volando", etc.

Al primero de estos ejemplos, una persona normal, contestará algo así como "A como es el hijo, así es el padre". El individuo con pensamiento concretista dirá algo como "Sí, nace con rayas; los tigres son rayados", o, respecto al segundo ejemplo, que "Si el camarón se queda dormido, se lo lleva el agua".

Con nuestros pacientes poco educados, con frecuencia sucede que no quieren contestar por temor a aparecer algo así como "pachucos", por el hecho de conocer proverbios.

H. Vocabulario e información general

El vocabulario que emplea una persona nos da una idea de la inteligencia y educación suyas. No sólo es importante ver qué palabras utiliza el sujeto, sino la propiedad con que las usa. Igual sucede con los conocimientos: algunas personas poseen una serie de conocimientos que repiten, pero que no saben utilizar adecuadamente.

El vocabulario lo podemos apreciar a través de toda la entrevista. De ser necesario, podemos hacerle algunas preguntas para valorar el grado de información del sujeto. Algunas preguntas que podríamos hacerle son: ¿Para qué sirven los alimentos? ¿De qué están hechas las casas? ¿De qué están hechos los automóviles? ¿Con qué se hace la ropa? Dígame el nombre de tres volcanes. Dígame los nombres de las provincias de Costa Rica. ¿Cómo se llama el presidente de Costa Rica? ¿Cómo se llama el presidente anterior? ¿A qué temperatura hierve el agua? ¿A qué temperatura se congela?

Para valorar bien el grado de información y el vocabulario de una persona, debemos tener en cuenta el grupo cultural a que pertenece. Un campesino puede desconocer mucha de la información que posee un hombre de la ciudad, pero, a su vez, ser dueño de una serie de conocimientos que éste último ignora.

6. JUICIO

El juicio se refiere a la capacidad que tiene el sujeto para interpretar su ambiente correctamente y para orientar su conducta en el mismo, en forma apropiada (F. K., p. 508).

Noyes dice que el juicio es “la capacidad de comparar hechos o ideas, de entender sus relaciones y de extraer de ellos conclusiones correctas” (N. K., p. 126). El juicio puede fallar por causas psicológicas (por ejemplo, presencia de gran angustia de ideas delirantes y orgánicas (por intoxicaciones, o lesiones de la corteza cerebral) (N. K., p. 127).

Debemos estudiar, a través de la entrevista, cómo valora el paciente las diferentes situaciones. ¿Le falla el juicio en lo que respecta a ciertas situaciones familiares?, ¿amorosas?, ¿económicas?, ¿del trabajo?, o ¿de la misma entrevista?

Para evaluar el juicio, se le pueden plantear diferentes problemas al paciente: “¿Qué haría usted si se perdiese en un bosque?” “¿Qué haría usted si estuviese en el cine y fuera el primero en ver que comienza un incendio?” “¿Qué haría si se encontrase en la calle una carta cerrada, con la dirección escrita y ya con estampillas?” (S. P., p. 34).

Se puede preguntar al paciente acerca de la semejanza, o la diferencia, entre cosas como una naranja y un banano, o un niño y un enano, etc.

Se puede relatar al paciente una historia absurda, para que él diga qué encuentra de raro en ella. Ejemplos: “Juan venía en su carro por la autopista y al carro se le salió una rueda. Juan se bajó. Después de mucho rato de buscarla, sin hallarla, se enojó, montó en su carro y se volvió a su casa”. “Juan se acaba de casar por segunda vez. Ahora lo hizo con la hermana de su viuda”. “En Costa Rica, en 1978, se casaron más mujeres que hombres”.

7. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD O “INSIGHT”

Este apartado se refiere a un aspecto especial del juicio, pero, por su valor especial, constituye otro capítulo. El término insight (suena “in-sait”), tomado del inglés, se emplea mucho en vez de conciencia de enfermedad. Con respecto al examen mental, insight se refiere al grado en que el sujeto se da cuenta de su enfermedad o de su funcionamiento psíquico.

En ocasiones se reporta que el paciente “tiene insight”, o que “no tiene insight”. Esto no aclara mayor cosa. Al reportar el insight, debemos indicar de qué se percata el individuo respecto a su funcionamiento psíquico. Por ejemplo, si se da cuenta de que está enfermo, pero creyendo que sufre de una enfermedad orgánica no relacionada con la mente; o si tiene conciencia de que tiene problemas emocionales, o de que necesita tratamiento; o si cree que sus síntomas tienen relación con sus emociones; o si sabe que le falla la memoria, o el pensamiento; o que su conducta es inapropiada, etc.

El insight se descubre interrogando al paciente sobre el motivo de su consulta con el psiquiatra o psicólogo; sobre si ha cambiado últimamente; o sobre sus planes para el futuro.

Algunos sujetos, especialmente si son de personalidad obsesivo-compulsiva, tienen lo que se llama “insight intelectual”; esto es, pueden explicar mucho acerca de sus problemas y de sus reacciones a éstos, pero sin sentir las emociones apropiadas. Si una persona tiene insight de que cierta situación te

provoca miedo, pero no siente ese miedo, tiene un insight intelectual. Tal tipo de insight es de poca utilidad para el paciente.

8. CONFIABILIDAD

Aquí se anota la impresión que tiene el entrevistador acerca de qué tanto se puede confiar en lo que el paciente dice acerca de sí mismo (F. K., p. 508). Puede ser que nos impresione como no confiable porque nos parece que miente, o que está confuso, o que es incapaz intelectualmente. En todo caso, debemos tratar de explicar en qué nos basamos para tener esta impresión.

9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Este apartado tan sólo lo mencionaremos, ya que son necesarios otros conocimientos para poder discutirlo.

CLAVE DE LAS CITAS BIBLIOGRÁFICAS

INICIALES USADAS EN EL TEXTO	No. EN LA BIBLIOGRAFIA	AUTOR
A.	5	Arieti
A.-2	6	Arieti
Aa.-	39	Stevenson
Al.	2	Alpers
A.P.A.	3	American Psychiatric Association
A.P.A.-2	4	American Psychiatric Association
B.	7	Betta
B.B.	8	Bakwin & Bakwin
Br.	10	Brenner
Bu.	11	Bustamante
C.	12	Cohen
Co.	13	Coon
C.P.	35	Rojas
D.	14	Dorland
E.E.	15	English & English
E.O.	16	English y Oriativa
F.	17	Filloux
F.K.	34	Ripley
G.P.	19	Gotta y Pinto
H.	21	Hartland
Ha.	30	Petersdorf
Ho. 4	25	Mc Ewen
Ho. 5	9	Brain
H.T.	20	Harris
K.	22	Kolb
K.B.	23	Kolb y Brodie
Ku.	24	Kubie
M.	26	Menninger
M.G.	36	Slater & Roth
N.	27	Nathan
N.K.	29	Noyes & Kolb
P.	32	Porot
R.	33	Rado
Re.	18	Garfinkel
R.S.	31	Pittendrigh
S.	38	Stedman
S.A.	1	Agranoff
S.P.	37	Solomon & Patch
V.	42	Villa
Va.	40	Varvello
Ve.	41	Velasco de Frutos
Vo.	43	Vox
W.	44	Whittaker
W.W.	45	Whittaker y Whittaker

BIBLIOGRAFÍA

1. S.A. AGRANOFF, BERNARD W., "Memory and Protein Synthesis, June 1967", in Readings from Scientific American – Physiological Psychology. 1st. edition. San Francisco, W. H. Freeman and Company, 1972. 444 pages.
2. Al. ALPERS, BERNARD, J., Neurología Clínica. Traducción de 2^a. edición en inglés. México, Editorial Interamericana, S.A., 1952. 830 páginas.
3. A.P.A. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, A Psychitric Glossary. 2nd. Edition. Washington D.R. American Psychiatric Association, 1964. 80 pages.
4. A.P.A.-2 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM – III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1^a. edición, México, Masson, S.A., 1884.
5. A. ARIETI, SILVANO, "Schizophrenia: The Manifest Simptomatology, the Psychodynamic and Formal Mechanisms", Chapter 23 in American Handbook of Psychiatry, edited by Arieti, Silvano. 1st. edition. New York, Basic Books, Inc., Publishers, 1959. 2098 pages.
6. A.-2 ARIETI, SILVANO, Interpretation of schizolphrenia. 1st. edition. New York, Robert Brunner, 1959. 541 pages.
7. B. BETTA, JUAN C., Manual de Psiquiatría. 3^a. edición. Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1962. 679 páginas.
8. B.B. BAKWIN, HARRY BAKWIN, RUTH MORRIS, Desarrollo Psicológico, Normal y Patológico, 4^a. edición. México, Interamericana, 1974. 619 páginas
9. Ho,5 BRAIN, LORD, "The Meaning of Memory" in Modern Perspectives in World Psychiatry edited by Howells, Jhon G. 1st. edition. New York, Brunner/Mazell Publishers, 1971. 787 pages.
10. Br. BRENNER, CHARLES, Elementos Fundamentales de Psicoanálisis. 1^a. edición. Buenos Aires. Libros Básicos S.C.A., 1964. 227 páginas.
11. Bu. BUSTAMANTE B., DR, JAIRO, Neuroanatomía Funcional. 1^a. edición. Bogotá, Caracas, México, Panamá, San Juan, Santiago, Sao Paulo, Fondo Educativo Interamericano, 1978. 314 páginas.
12. C. COHEN, JOZEF Sensación y Percepción Auditiva y de los Sentidos Menores. 1^a. edición, México, Trillas, 1974. 91 páginas.
13. Co. COON, DENNIS, Introducción a la Psicología. 2^a. edición. México, Fondo Educativo Interamericano, 1986. 662 páginas.

14. D. DORLAND, W.A. NEWMAN, The American Illustrated Medical Dictionary. 21st. edition. Philadelphia and London, W. B. Saunders Company, 1947d. 1660 páginas.
15. E.E. ENGLISH, HORACE B. & AVA C. ENGLISH, A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms. 1st. edition New York, Longmans, Gree and Co., 1961. 594 pages.
16. E.O. ENGLISH, HORACE B., con ampliación por OÑATIVA, OSCAR V., Diccionario Manual de Psicología (sobre la 4^a. edición de "A Student's Dictionary of Psychological Terms", New York, Harper & Brothers, 1934), 1^a. edición. Buenos Aires, Librería "El Ateneo" Editorial, 1951, 540 páginas.
17. F. FILLOUX JEAN – C., La Memoria. 1^a. edición. México, D.F., Editorial Diana, S.A., 1974. 142 páginas.
18. Re. GARFINKEL, ELISA, "Trastornos de la Palabra", capítulo XX en Problemas Psicopatológicos en Pediatría por Telma Reca y colaboradores. 3^a. edición. Buenos Aires, EUDEBA Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1963. 117 páginas.
19. G.P. GOTTA, HÉCTOR Y PINTO, CARLOS LUIS, Guía Semiotécnica del Sistema Nervioso. 1^a. edición. Buenos Aires, EUDEBA Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1963. 117 páginas.
20. H.T. HARRIS, THOMAS A., I'm O.K. – You're O.K. 1st. edition. New York, Avon Books, 1973. 317 pages.
21. H. HARTLAND, JOHN, La Hipnosis en Medicina y Odontología – Sus Aplicaciones Clínicas. 1^a. edición. México, D.F., Compañía Editorial Continental, S.A., 1974. 431 páginas.
22. K. KOLB, LAWRENCE C., Psiquiatría Clínica Moderna. 5^a. edición (traducida de la 8^a. en inglés). México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, 1976. 835 páginas.
23. K.B. KOLB, LAWRENCE C. y BRODIE, H. KEITH H., Psiquiatría Clínica. 10^a. edición México, España, Brasil, Colombia, Ecuador, Venezuela, Nueva Editorial Interamericana, 1985, 850 páginas.
24. Ku. KUBIE, LAWRENCE S., Psicoanálisis, Aspectos Prácticos y Teóricos. 2^a. edición. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1966. 298 páginas.
25. Ho. 4 McEWEN, BRUCE S., "The Chemical Processes of Memory" in Modern Perspectives in World Psychiatric edited by Howells, John G. 1st. edition. New York, Brunner/Mazel Publishers, 1971. 787 pages.
26. M. MENNINGER, KARL A., A Manual for Psychiatric Case Study. 2nd. Edition. New York and London, Grune & Stratton, 1962. 189 pages.
27. N. NATHAN, PETER E., Cues, Decisions, and Diagnoses: A Systems – Analytic Approach to the Diagnosis of Psychopathology. 1st. edition. New York, London, Academic Press, 1967. 244 pages.
28. Ne. NETTER, FRANK H., The Ciba Collection of Medical Illustrations. Volume 1. Nervous System. 5th. Printing. New York, Ciba Pharmaceutical Company, 1962. 168 pages.

29. N.K. NOYES, ARTHUR P. & KOLB, LAWRENCE, Modern Clinical Psychiatry. 6th. Edition. Philadelphia, London, W.B. Saunders Company, 1963. 586 pages.
30. Ha. PETERSDORF, ROBERT G., ADAMS, RAYMOND D., BRAUNWALDD, EUGENE, ISSELBACHER, KURT J., MARTIN, JOSEPH B. & WILSON, JEAN D., editors, "The Practice of Medicine" in Harrison's Principles of Internal Medicine. 10th. Edition. New York, McGraw-Hill Book Company, 1983. 2212 pages.
31. R.S. PITTENDRIGH, COLIN S., "Adaptation, Natural Selection, and Behavior" in Behavior and Evolution edited by Roe, Anne and Simpson, George Gaylord. 1st. edition. New Haven, Yale University Press, 1961/557 pages.
32. P. POROT, ANTOINE, Diccionario de Psiquiatría Clínica y Terapéutica. 1^a. edición. Barcelona, Madrid, Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Lisboa, Río de Janeiro, México, Montevideo, Editorial Labor S.A., 1967. 608 páginas.
33. R. RADO, SANDOR, Psicoanálisis de la Conducta. 1^a. edición. Buenos Aires, Ediciones Hormé S.A.E. Editorial Paidós, 1962. 379 páginas.
34. F.K. RIPLEY, HERBERT S., "The Psychiatric Examination" in Comprehensive Textbook of Psychiatry edited by Freedman, Alfred M. and Kaplan, Harold I. 1st. edition. Baltimore, Maryland, The Williams & Wilkins Company, 1969. 1666 pages.
35. C.P. ROJAS ZEIRITH, "Psicopatología del Pensamiento" en Lecciones de Psicopatología General, publicado por la Cátedra de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. 1^a. edición. San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica, Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. Serie Textos No. 187, 1969. 116 páginas.
36. M.G. SLATER, ELIOT & ROTH, MARTIN, Mayer-Gross Slater & Roth Clinical Psychiatry 3rd. edition, London, Bailliere, Tindall & Cassel, 2972. 904 pages.
37. S.P. SOLOMON, PHILIP & PATCH VERNON D., Handbook of Psychiatry. 2nd. Edition. Los Altos, California, Lange Medical Publications, 1971. 648 pages.
38. S. STEDMAN, THOMAS LATROP, A Practical Medical Dictionary. 12th. Edition Baltimore, Md. William Wood and Company. 1934. 1265 pages.
39. As. STEVENSON, LAN & SHEPLE Jr., William M., "The Psychiatric Examination" chapter 10 in American Handbook of Psychiatry edited by Arieti, Silvano. 1st. edition. New York, Basic Books, Inc., Publishers, 1959. 2098 pages.
40. Va. VARVE, P. FRANCIS & FEARON, ARTHUR D., Minor Logic. 3rd. edition. San Francisco, California, University of San Francisco Press, 1942. 125 pages.
41. Ve. VELASCO DE RUTOS, CANDIDA, Psicología General y Evolutiva. 4^a. edición. Valladolid, editorial Lex Nova, 1970. 512 páginas.

42. V. VILLA LANDA, FLORENCIO, Elementos de Psicopatología Clínica. Volumen Extraordinario No. 1 de la Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2ª. edición. Mazorra, provincia de la Habana, Instituto Cubano del Libro – Editorial Organismos, 1972. 210 páginas.
43. Vo. VOX, Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1ª. edición. Barcelona, Publicaciones y Ediciones SPES, S.A., 1961. 3855 páginas.
44. W. WHITTAKER, JAMES O., Psicología, 1ª. Edición. México, Editorial Interamericana, S.A. 1968. 565 páginas.
45. W.W. WHITTAKER, JAMES O. y WHITTAKER, Sandra J., Psicología 4a. edición. México, España, Brasil, Colombia, Ecuador, Venezuela, Nueva Editorial Interamericana, 1985. 785 páginas.

INDICE ALFABETICO

Tema	Página		
Abstracción, capacidad de	65	Analogía	31
Abulia	14	Anestesia	43
Acrofobia	38	Angustia (ver ansiedad)	
Afasia	11	Ansiedad	21,26
Afecto	19	Aguda	27
Aplanado	26	Ataque de	27
Inadecuado	26	Crónica	27
Inapropiado	27	Libre flotante	26
Lavado	26	Antecedentes patológicos familiares	9
Trastornos cualitativos	26	Médicos	9
Trastornos cuantitativos	22	Psiquiátricos	9
Agorafobia	38	Sociales	9
Alucinación	45	Antecedentes patológicos personales	9
Auditiva	45	Médicos	9
Cenestésica	45	Psiquiátricos	9
Cinética	45	Sociales	9
Compleja	45	Apariencia general, actitud	
Completa	46	y comportamiento	14
De gusto	45	Apatía	26
De la memoria	61	Apercepción	44
Extracampina	46	Apraxia	15
Hipnagógica	46	Aprosexia	54
Hipnopómpica	46	Asociación de ideas, leyes de la	30
Olfatoria	45	Asociación laxa de ideas	34
Perceptiva	45	Asociación por asonancia	34
Quinestésica	46	Asociación por consonancia	34
Sensorial	45	Ataxia	15
Signos objetivos de la	46	Atención	52
Simple	45	Activa	52
Táctiles	45	Agudeza de la	52
Verbal	45	Aprosexia y	54
Verdadera	46	Cualidades de la	53
Visual	45	Desviación de la	54
Ambivalencia	27	Dirigida	52
Amnesia	59	Distraibilidad y	54
Anterógrada	59	Distracción de la	54
De evocación	59	Distractibilidad	54
De fijación	59	Espontánea	52
Electiva	59	Estímulos que la favorecen	53
Global	59	Exploración de la	55
Lacunar	59	Factores internos que la afectan	53
Parcial	59	Fisiológica	52
Post-traumática	59	Hiperconcentración de la	54
Retroanterógrada	59	Hiperprosexia y	55
Retrógrada	59	Hipertenaz	54
Total	59	Hipervigil	54
		Hipoprosexia y	54
		Hipotenaz	54
		Hipovigil	54

Natural	52	Torpeza	49
Normotenaz	54	Zona consciente de la	47
Normovigil	54	Zona inconsciente de la	47
Pasiva	52	Zona subconsciente de la	47
Prosexia y	55	Conciencia de enfermedad	66
Psicológica	52	Confabulación	61
Refleja	52	Confiabilidad	67
Suspica	54	Conservación de la memoria	57
Vigilante	54	Constelaciones asociativas	30
Voluntaria	52	Coprofagia	15
Bibliografía	69	Criptomnesia	61
Bloque	35	Deducción	32
Bradilalia	34	Dejá vu	60
Cálculo	64	Depresión	23
Catalepsia	16	Agitada	24
Ceceo	18	Continuum de la	23
Cenestesia	41	Endógena	23
Cinestesia	41	Enmascarada	24
Circunstancialidad	35	Leve	23
Circunstancias del estudio y local	7	Neurótica	24
Claustrofobia	38	Profunda	23
Clave de las citas bibliográficas	68	Psicótica	24
Cleptomanía	15	Reactiva	23
Coma	49	Sonriente	24
Comportamiento automático	16	Desorientación	5
Compulsiones	15,38	Despersonalización, sentimiento de	27
Conación	14	Desrealización	27
Concentración	52	Desviación de la atención	54
Conciencia	47	Disartria	17
Centro de la	47	Disgregación	34
Clara	48	Dislalia	18
Coma y	49	Dismnesia	59
Curso de la	47	Distracción de la atención	54
Embotamiento de la	49	Distractibilidad	54
Estado de	47	Distraibilidad	54
Estado soporoso	49	Domicilio	7
Estados crepusculares de la	50	Duelo	21,23
Estados de ensueño	50	Ecmnesia	62
Estados normales de la	47,48	Ecolalia	16,18
Estados oniroides de la	50	Ecopraxia	16
Estrechamiento de la	50	Edad	6
Foco de la	47	Edad mental	63,64
Lúcida	48	Eidetismo	62
Obnubilación de la	49	Ejecución del acto	15
Onírica	50	Embotamiento	49
Sandor Rado y su terminología	48	Emociones	19,20
Somnolencia	49	Primarias	20
Sonambulismo	50	Secundarias	20
Sueño letárgico	49	Entrevista	2

Enfermedad actual	8	Displacentera	23
Engrama emnésico	57	Placentera	22
Eritrofobia	38	Hipervigil	54
Escolaridad	7	Hipnosis	16,44,49
Estado civil	6	Hipobulia	15
Estado de ánimo	19	Hipoestesia	43
Estado de agitación	15	Hipomnesia	59
Estado soporoso	49	Hipopercpción	44
Estados afectivos	19	Hipoprosxia	54
Estados crepusculares	50	Hipotenaz	54
Estados de ensueño	50	Hipotimia	26
Estados oniroides	50	Hipovigil	54
Estereotipia	16	Historia familiar	5
Del pensamiento	35	Historia longitudinal	5
Estrechamiento de la conciencia	50	Historia personal	10
Estupor	16	Homosexualismo	15
Negativista	16	Huella amnésica	57
Euforia	22	Humor	19,20
Evocación de la memoria	57	Idea	30
Automática	58	Concreta	30
Espontánea	58	Delirante	37
Voluntaria	57	Bien sistematizada	37
Exaltación	22	Celotípica	37
Examen mental	12	De autoacusación	37
Expresión	17	De grandeza	37
Extasis	22	De persecución	37
Extremidad fantasma	46	De referencia	36
Falsificación retrospectiva	61	Depresiva	37
Fetichismo	15	Erótica	37
Ficha de identificación	6	Mal sistematizada	37
Fijación de la memoria	57	Mística	37
Flexibilidad cérea	16	Nihilista	37
Fobia	39	De referencia	36
Fobofobia	39	Directriz	30
Fuga de ideas	34	Hipocondríaca	37
Gamacismo	18	Obsesiva	37
Hematofobia	39	Prevalente	36
Hiperbulia	15	Símbolo	30
Hiperconcentración de la atención	54	Sobrevalorada	36
Hiperestesia	43	Ilusión	44
Hipermnesia	58	De la memoria	61
Hiperpercpción	44	Imagen	42
Hiperprosexia	55	Confabulatoria	42
Hipersomnia	24	Consecutiva	42
Hipertenaz	54	Eidética	42
Hipertimia	22		

Fantástica	42	Ecmnesia y	62
Intuitiva	42	Eidetismo y	62
Mnémica	42,57	Fotográfica	42
Mnemónica	57	Hipermnesia y	58
Onírica	43	Hipomnesia y	59
Pareidólica	43	Ilusión de la	61
Post-sensorial	42	Olvido y	58
Sensorial	42	Paramnesia y	60
Impulso	15	Reduplicadora y	62
Mórbido	15	Proceso de la	57
Incoherencia	35	Pseudología fantástica	62
Incontinencia afectiva	27	Registro de la	57
Inducción	31	Misofobia	39
Inteligencia	62	Monólogo	18
Cociente de	63,64	Muletilla	35
Insight	66	Musitación	18
Intelectual	67	Mutismo	16,18
Jamais vue	61	Nacionalidad	7
Júbilo	22	Negativismo	16
Juicio	30,66	Neologismo	18
La bella indiferencia	26	Nombre	6
La belle indifférence	26	Normotenaz	54
Labilidad afectiva	27	Normovigil	54
Lalación	18	Nosofobia	39
Lambdacismo	18	Obediencia automática	16
Lenguaje	17	Obnubilación	49
Logorrea	34	Olvido	58
Manerismo	16	Orientación	50
Masoquismo	15	Alopsíquica	51
Mecanismos de defensa	33,36,37,38	Autopsíquica	50,51
Memoria	55	En cuanto a persona	51
Alucinación de la	61	En el espacio	51
Amnesia	59	En el tiempo	51
Aprendizaje y la	56	Padecimiento actual	7
Confabulación y	61	Paleoquinesia	17
Consolidación de la	56	Paramnesia	60
Criptomnesia y	61	Reduplicadora	62
De conservación	57	Parestesia	43
De evocación	57	Pasión	20,21
De fijación	57	Pensamiento	28
De reconocimiento	57,58	Autista	33
De registro	57	Concretista	65
De retención	57	Contenido del	30,35
Defectos específicos de la	62	Curso del	30,34
Dismnesia y	59	Dereísta	33

Estereotipia del	35	Ritual	16
Forma del	33	Rotacismo	18
Inhibido	34	Sensaciones	40
Interceptación del	35	Clasificación de las	41
Lógico	31	Interoceptivas	41
Mágico	31	Exteroceptivas	41
Paleológico	31	Propioceptivas	41
Primitivo	31	Trastornos de las	43
Producción del	33	Visceroceptivas	41,42
Racional	33	Sensibilidad visceral	42
Realista	33	Sensopercepción	40
Retardado	34	Sensorio y capacidad intelectual	47
Robo del	35	Sentimiento	20,21
Saltón	35	De despersonalización	27
Trastornos del contenido del	35	Sexo	6
Trastornos del curso del	34	Somestesia	42
Verbigeración del	35	Somnolencia	49
Percepción	42	Sonambulismo	50
Trastornos de la	44	Suicidio	24
Período lúcido	59	Sueño	49
Perplejidad	27	Letárgico	49
Perseveración	35	Tanatofobia	39
Persona responsable	7	Taquilalia	34
Pica	15	Tartamudeo	18
Piromanía	15	Teléfono	6
Post-imagen sensorial	42	Tenacidad	54
Preguntas		Tic	16
De tipo abierto	4	Torpeza	49
De tipo cerrado	4	Trabajo	9
Proceso primario	32	Trastornos motores de tipo extrapiramidal	17
Proceso secundario	32	Verbigeración	17
Prolijidad	35	Verbilocuencia	18
Prosexia	55	Verborragia	34
Puromicina	56	Verborrea	34
Pseudoalucinación	46	Vigilia	53
Pseudología fantástica	62	Viscerocepción	41,42
Queja principal	8	Vocabulario e información general	65
Raza	6	Voz	17
Razonamiento	31	Xenofobia	39
Por analogía	31	Zoofobia	39
Por deducción	32		
Por inducción	31		
Relación con el entrevistador	18		
Resistencia	3		