SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La semiología, o semiótica, es la parte de la medicina que trata del estudio de los síntomas y signos de las enfermedades; y, la propedéutica es la enseñanza preparatoria a un determinado conocimiento. Así, pues, en este capítulo y, teniendo en cuenta estos dos principios, no sólo se describirá el síntoma o signo, sino que se indicará su forma de exploración y su valor y frecuencia en la clínica psiquiátrica. De otro lado, aunque la vida mental es una unidad, sólo con fines didácticos se la estudia dividida en las llamadas funciones parciales.

CONCIENCIA

1. Definición

Es el conocimiento simultáneo, en la unidad del tiempo, de sí mismo (sujeto) y del mundo circundante (objeto) y, por lo tanto, es el reflejo de la realidad.

2. Alteraciones

Las alteraciones de la conciencia comprenden:

2.1 Estrechamiento anormal.

Consiste en la reducción del campo de la conciencia por selección sistemática de los contenidos actuales y pasados (toma unos y deja de lado otros). Pueden agregarse juicios falsos sobre la realidad y pseudopercepciones de tipo alucinaciones negativas. Típicamente se presenta en pacientes en disociación histérica y en sujetos normales bajo gran estimulación emocional.

2.2 Entorpecimiento.

La característica fundamental es la mengua o pérdida de la lucidez y de la vigilancia. De acuerdo a la duración puede variar desde las llamadas ausencias, intermitencias brevísimas (segundos) de la conciencia sin recuerdo posterior, presentes en la epilepsia de tipo pequeño mal o los desmayos, con su carga emocional y neurovegetativa, hasta la que aparece en los traumatismos encefalocraneanos graves que pueden durar horas, días, meses y, raramente, años. El embotamiento, la somnolencia y el coma corresponden a la intensidad del compromiso de conciencia que va de la respuesta a los estímulos leves, medianos e intensos hasta ausencia total de ésta en el coma.

2.3 Anublamiento.

Consiste en que, además del entorpecimiento en grado variable, se agrega productividad anormal de otras funciones parciales (pseudopercepciones, ideas delusivas, trastornos del afecto y de la cognición, entre otras). Las siguientes son sus variedades:

a. Estado oniroide. Estado que con un leve compromiso de la conciencia se sufre pasivamente, con predominancia del mundo de la fantasía e ilusiones, y del cual se guarda recuerdo. Se presenta al comienzo de la esquizofrenia, en las intoxicaciones medicamentosas, en la epilepsia psicomotora y por el uso de psicodislépticos.

b. Embriaguez. Tiene un mínimo de entorpecimiento, pero con una intensa actividad psíquica sobrecargada con exaltación del ánimo, locuacidad y facilidad asociativa e imaginativa. Hay pérdida de la autocrítica con exagerada valoración de las capacidades físicas y mentales. La intensidad y calidad de la embriaguez está en relación a la calidad y tipo de substancia tóxica utilizada (alcohol, marihuana, PBC, cocaína, mescalina, LSD, opio, morfina y sus derivados, analgésicos).

c. Estado crepuscular (automatismo psicomotor). Es el estrechamiento del campo de la conciencia de manera súbita y con una variación de minutos a horas, días y hasta meses, de tal manera que en el sujeto se advierte el predominio de un sistema limitado de móviles e ideas con desconexión mayor o menor del resto de la actividad ordinaria y que, por lo tanto, puede aparentar una conducta normal. En oportunidades se agrega a este entorpecimiento abundante productividad patológica del tipo de delirium. Se presenta, especialmente, en los trastornos disociativos y en la epilepsia psicomotora (etiología psicológica u orgánica, respectivamente). Tiene, además, importancia en Medicina Legal porque bajo este estado un sujeto puede realizar actos complicados como emprender viajes, actos de violencia u otros extraños de los cuales, pasado el estado, no recordará o lo hará sólo en forma borrosa o fragmentaria

d. Delirio (delirium). Antes que síntoma es un síndrome que consiste en un intenso anublamiento y, por lo tanto, se acompaña de variada productividad psicopatológica como ser la desorientación, el pensamiento incoherente, ilusiones y alucinaciones, intranquilidad motora y labilidad emocional con exacerbación sintomatológica nocturna. Significativa es la participación activa del sujeto en el mundo delirante que lo puede llevar a cometer actos insensatos. La duración varía de horas a días con intermitencias. Deja amnesia total o parcial. Generalmente se acompaña de fiebre. El más conocido de todos es el delirium tremens, producido, especialmente, por el alcohol, en que aparte del temblor característico están las pseudopercepciones zoomórficas y cenestésicas, el humor patibulario y las representaciones visuales terroríficas o angustiosas. El delirio, en general, se presenta en enfermedades febriles o infecciosas, estados tóxicos, trastornos metabólicos (uremia, coma hepático), insuficiencia cardíaca, traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales y otros.

e. Alucinosis aguda. Aparte del leve compromiso de la conciencia tiene como característica la presencia de alucinaciones auditivas como manifestaciones llamativas. El contenido de éstas va de lo simple a lo complejo: de ruidos o palabras aisladas a voces insultantes, amenazadoras o acusadoras que son interpretadas delusivamente y dando como consecuencia un franco tema persecutorio acompañado de angustia e intranquilidad, además de desorientación. Se presenta en el alcoholismo y en otras adicciones crónicas como la cocaínica y barbitúrica. También en algunas infecciones cerebrales.

f. Confusión mental (amencia). Es el anublamiento de la conciencia en el cual el pensamiento se muestra incoherente con juicios falsos y fragmentarios, presencia de alucinaciones e ilusiones con estado de ánimo variable e inestable. La vigilancia sufre oscilaciones y la perplejidad es muy característica. La confusión mental acompaña a los mismos procesos que producen delirium y alucinosis aguda.

Formas de exploración. El mismo paciente puede describir la alteración manifestando dificultad en el pensar o en el recordar, en sentirse "aturdido" o "confundido" y preguntar, por ejemplo: ¿Qué me pasa? ¿Dónde me encuentro?, en forma perpleja. Se comprueba, también, por el fracaso de la comprensión ante las circunstancias rutinarias y la situación inmediata, no entender el porqué del examen o no saber qué hacer con un lápiz y un papel. Asimismo, la interpretación ilusoria de los estímulos como los ruidos y las sombras; la desorientación en el tiempo, el lugar y las personas son otros indicativos importantes. La tendencia al sueño cuando no se le estimula y la variabilidad en el grado de la vigilancia que va de la fugaz intermitencia a la desconexión absoluta del ambiente son, también, confirmatorias de trastornos de conciencia.

ATENCIÓN

1. Definición Íntimamente ligada a la conciencia (vigilancia), es la función psicológica que permite seleccionar un estímulo o grupo de ellos del conjunto de una experiencia, y que implica, generalmente, un esfuerzo del sujeto para conseguirlo.

2. Alteraciones Las alteraciones de la atención comprenden:

2.1 Distraibilidad e inestabilidad de la atención. Es cuando la capacidad de concentración no se mantiene lo suficiente y, por lo tanto, no existe la tenacidad necesaria para sostener un adecuado examen del estímulo. Se presenta como signo característico en el síndrome deficitario de la atención de los llamados niños hiperquinéticos; asimismo, como componente importante del síndrome maníaco en adultos.

2.2 Hiperprosexia. Opuesta a la anterior, es la concentración tenaz y constante de la atención sobre un estímulo o grupo de ellos con exclusión casi total de los otros que suceden alrededor de la persona. Se presenta en la depresión, en los obsesivos y en los hipocondríacos.

2.3 Indiferencia anormal. Es la falta de interés (prestar atención) a los acontecimientos del medio ambiente que normalmente interesarían a cualquier persona. Se presenta cuando hay fatiga o elevación del umbral de la atención que acompaña a los síndromes orgánico cerebrales; también, como signo muy característico de la esquizofrenia.

2.4 Perplejidad anormal. Deriva de los contenidos extraños y sobreagregados que impiden la determinación del problema actual y que pueden producir extrañeza o ansiedad ante esta incapacidad. Se presenta, especialmente, en la depresión melancólica y en la esquizofrenia en sus comienzos.

2.5 Frustración del objetivo. Es la falla en la culminación de la dirección de la atención hacia el estímulo escogido (intencionalidad correcta) por la aparición de experiencias ajenas que la desvían o interrumpen de la meta precisa. Es un síntoma importante de la esquizofrenia que explicaría la disgregación en esta psicosis, y que ha dado cuerpo a la denominada teoría del déficit psicológico para la esquizofrenia sustentada por Chapman y McGhie.

3. Formas de exploración Durante la entrevista, se observa la manera en la que el paciente presta atención a los procedimientos del examen y la forma espontánea o meditada (concentrada) como responde a las preguntas. Precisar la magnitud del estímulo que se requiere para despertar su atención, el tiempo que la mantiene y la facilidad o dificultad con que se desprende de ella. Pruebas sencillas pueden ayudar a cuantificar las alteraciones. Así, la cancelación de ceros (prueba de Valdizán) es muy útil, pero puede ser reemplazada con la de tachar una letra cualquiera en un escrito determinado. Asimismo, la substracción seriada (restar, de 7 en 7, de 100). También la exposición brevísima (segundos) de una lámina que contenga diez objetos. Se anota aquellos que capta, aprende o identifica en ese tiempo.

**ORIENTACIÓN 1**. Definición Es el conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado, y que permite al sujeto dirigir las actividades de acuerdo a sus intereses y necesidades.

**2. Alteraciones**. Las alteraciones comprenden:

**2.1 Desorientación autopsíquica**. Es aquella que se refiere a la persona (no saber quién se es) y que puede estar relacionada con un trastorno de conciencia, de la memoria o con una interpretación delusiva.

**2.2 Desorientación alopsíquica**. Cuando se refiere al tiempo (fecha) o lugar (ubicación). Se presenta en similares condiciones que la anterior.

**2.3 Desorientación en el cálculo del tiempo.** Se presenta la lentificación o aceleración del tiempo transcurrido, como sucede en los síndromes depresivos o maníacos respectivamente. Otro tanto acontece con la doble cronología que se observa en la esquizofrenia como una contabilidad peculiar del tiempo ajena a la ordinaria, pero sin desconocer a ésta.

**3. Formas de exploración**

Generalmente, para la orientación autopsíquica basta, previo al conocimiento del nombre, apellido, edad, profesión, preguntar por estas condiciones. El desconocimiento de la identidad implica un severo desorden orgánico cerebral. En la exploración del tiempo, preguntar por el día de la semana, el momento del día, el mes y el año. Si no sabe, pedirle que estime aproximadamente o adivine. La desorientación puede ser parcial; p. ej., saber el año pero no el mes; el mes, pero no el día de la semana. En cuanto al lugar, preguntar por la calle, barrio o distrito de la institución o consultorio donde se le atiende. La orientación con respecto a los lugares habituales no se pierde sino en las desorientaciones graves. Una forma de explorar es pedirle que explique el recorrido de su casa al lugar del examen. Tener en cuenta que la desorientación puede acompañarse de una serie de condiciones que hay que considerar para precisarlas. Así, la desorientación puede estar en relación a un trastorno de conciencia, un estado de ánimo exaltado, de pánico o terror, un déficit de memoria, una interpretación delusiva, una indiferencia o apatía y a una absurda desorientación en un simulador.

**LENGUAJE**

**1. Definición**

Es la expresión de ideas o pensamientos a través de la palabra o de sonidos articulados o inarticulados (lenguaje oral), de signos gráficos convencionales (escritura), o mediante ademanes y gestos (mímica) que permiten la relación y el entendimiento entre las personas.

**2. Alteraciones**

**2.1** Las alteraciones del **lenguaje oral** comprenden:

**a) Disartria**. Dificultad para la articulación de las palabras que contienen determinadas letras; está en relación a lesiones o afección tóxica de los centros nerviosos o de los nervios periféricos como sucede en la embriaguez alcohólica, en la intoxicación por drogas y en la parálisis general progresiva.

**b) Anartria**. Es el grado mayor de la anterior. El paciente tan sólo puede emitir un gorjeo. Se presenta en los accidentes cerebro-vasculares, sífilis del SNC y tumores cerebrales.

**c) Dislalia**. Es un defecto de pronunciación de las palabras por dificultad en la emisión del sonido correcto de determinada letra: rotacismo para la "erre", labdacismo para la "ele" y sigmacismo para la "ese", entre las más frecuentes. Se presenta por insuficiente inervación en el aparato fonador, malformaciones de la lengua o del velo del paladar, tartamudez o disfemia que es la falta de coordinación en la pronunciación de determinada sílaba de la palabra, generalmente la inicial al comienzo de la frase. Puede deberse a lesiones de los sistemas pontocerebelosos, bulbares o trastornos congénitos del desarrollo o a malos aprendizajes tempranamente adquiridos.

**d) Afasia**. Es la imposibilidad de expresarse por medio del lenguaje, oral o escrito, y de entender las palabras que se le dirigen. e) Verborrea. (logorrea o taquilalia). Es la exageración del lenguaje hablado por aumento de su productividad (hablar incesante) y, frecuentemente, coincidente con una aceleración del tempo psíquico; se presenta en las excitaciones psicomotrices y en las crisis maníacas, también en la embriaguez alcohólica.

**f) Mutismo**. Es la ausencia del lenguaje hablado que se presenta en la inhibición grave de la depresión melancólica, en la catatonia esquizofrénica y en la simulación; en los delirantes, por temor o por otras razones igualmente delusivas.

**g) Musitación**. Se trata de movimientos de los labios sin expresión de sonidos o en los que existe una murmuración constante, en voz muy baja, como si se hablara consigo mismo. Se presenta en esquizofrénicos (autistas).

**h) Soliloquio**. El paciente habla en voz alta acompañándose de ademanes y gestos, como dirigiéndose a un auditorio imaginario (generalmente coincide con contenidos alucinatorios).

**i) Neologismo**. Es el uso de palabras inventadas o condensadas, comprensibles sólo para el paciente. Se presenta en esquizofrénicos y es la expresión de conceptos delusionales; también en deficientes mentales.

**j) Ensalada de palabras**. Se caracteriza por la emisión de palabras sin conexión alguna y, por lo tanto, el discurso se torna incomprensible. Puede presentarse en deficientes mentales graves. Se denomina esquizofasia en los esquizofrénicos.

**k) Ecolalia**. Repetición no intencionada por parte del paciente de la palabra o frase dirigida por el interlocutor, generalmente, con la misma entonación. Se observa en los catatónicos, en pacientes estuporosos y en algunos orgánico cerebrales. Entre sus variedades tenemos: la metalalia, que es la repetición también no intencionada pero no de lo pronunciado por el interlocutor, sino de lo oído de alguna persona del alrededor, muy característico de los niños autistas; y la palilalia, que es la repetición múltiple de la misma palabra o frase.

**l) Logoclonía**. Es la repetición múltiple y compulsiva de la última sílaba de las palabras. La palilalia y la logoclonía indican organicidad.

**m) Coprolalia**. Es el empleo incontrolable de palabras obscenas, como se observa en la enfermedad de Gilles de la Tourette y en algunos trastornos de personalidad.

**n) Verbilocuencia**. Es el uso innecesario de rebuscadas palabras y formas gramaticales que tornan el discurso artificioso, formalista y hasta grotesco. Se presenta en pacientes con ideas de grandeza, en hipomaníacos, en dementes incipientes y en personalidades histriónicas.

**o) Oligofasia**. Consiste en la pobreza de la cantidad de palabras y formas gramaticales utilizadas; muy característico de los deficientes mentales y dementes, especialmente en aquellos casos incipientes. Debe distinguirse de la que depende del grado de desarrollo cultural adquirido.

**p) Verbigeración**. Es la repetición frecuente y anormal de un vocablo o frase corta que se intercala en el discurso. Presente en los esquizofrénicos y deficientes mentales.

**2.2** Las alteraciones del **lenguaje escrito** comprenden:

**a) Disgrafia**. Es la dificultad de elegir las letras que han de formar las palabras debido, generalmente, a alteraciones en los mecanismos motores. b) Agrafia. Incapacidad de escribir por ausencia total de las imágenes gráficas.

**c) Macrografia y micrografia**. Son formas de disgrafia; la primera consiste en escribir con trazos muy grandes, desiguales y con tendencia a dirigirse hacia arriba, tal como se presenta en la fase maníaca de la enfermedad maníacodepresiva; en la segunda, los trazos son muy pequeños y con tendencia a dirigirse hacia abajo, como se observa en la melancolía. Modificaciones serias en los trazos de la escritura habitual se producen en los casos de parálisis de origen central y periférico, y en el temblor que produce el alcoholismo, la demencia senil o arteriosclerótica y la parálisis general progresiva, entre otras. Actualmente se observan disgrafias como consecuencia de las impregnaciones medicamentosas, particularmente de neurolépticos. Los contenidos del lenguaje escrito guardan relación con el estado mental del paciente de tal manera que pueden estar presentes las mismas alteraciones del lenguaje oral. En los pacientes esquizofrénicos de larga data (crónicos), en sus escritos, son frecuentes los subrayados, adornos, signos cabalísticos, dibujos y otros, con lo cual el sujeto destaca la importancia de su ideación. También puede encontrarse microescritura y escritura en espejo (escritura en forma inversa que para leerla debe ponerse frente a un espejo).

**2.3**. Las alteraciones en el lenguaje mímico comprenden:

**a) Hipermimia**. Es la exageración de los rasgos fisonómicos en relación o no al estado afectivo dominante. La acentuación de las arrugas de la frente que forman la omega en la depresión, las verticales del entrecejo que dan el signo de Veraguth y ambos, más las comisuras labiales caídas y la cabeza inclinada, reciben el nombre de signo de Schule en la melancolía. La perplejidad tiene también una expresión característica. En la agitación maníaca el rostro es de alegría, satisfacción y euforia con risa estruendosa o escandalosa. En estado de éxtasis, cólera, amor y miedo hay también marcada hipermimia. b) Hipomimia. Es la marcada disminución de la mímica. La expresión facial del paralítico general con la desaparición de las arrugas y surcos nasogeniano y nasolabial es muy característica. En la catatonía esquizofrénica también se la encuentra. c) Amimia. Es la inmovilidad de la expresión facial que no traduce vida afectiva. Muy característica es la facies parkinsoniana o fija (figé). También se encuentra en el estupor melancólico o en el catatónico y en los síndromes confusionales. d) Ecomimia. Es la ecolalia en relación a la mímica. e) Paramimia. Es la gesticulación que no corresponde ni a las palabras expresadas ni al estado afectivo dominante. Es un signo muy característico de la esquizofrenia. Puede también estar presente en pacientes con deficiencia mental. Es un arma de los simuladores.

3. Formas de exploración Aparte de la atenta observación que se presta a la emisión del discurso en su entonación, fluidez y contenido, a veces se requiere de estimulaciones especiales como pedirle que lea en voz alta párrafos de un escrito o escriba un dictado en un momento determinado. Asimismo, puede pedírsele que relate su último viaje, si lo ha hecho, o discierna sobre su tierra natal, las actividades de su profesión u ocupación y así por el estilo. Precisar si el discurso es espontáneo o si requiere de constante estimulación. Recordar que existe normalmente una relación estrecha entre el afecto y el lenguaje. AFECTIVIDAD 1. Definición Es la experiencia afectiva total que comprende fundamentalmente los sentimientos, las emociones y el ánimo (humor). Por sentimientos se entiende estados afectivos complejos, duraderos y no intensos. Ejemplos: orgullo, celos, amor, vergüenza. En cambio, las emociones son también estados afectivos que aparecen de manera brusca, más o menos violenta, pero de pasajera duración. El miedo, la cólera y la angustia son considerados como típicos ejemplos de emociones. Por último, el estado de ánimo es la manifestación afectiva prevalente y subjetiva que domina y colorea la experiencia total de un individuo en un momento dado, e indicaría el equilibrio que existe entre los distintos sistemas funcionales del organismo y el grado en que las circunstancias ambientales satisfacen las necesidades e intereses del sujeto.

2. Alteraciones Las alteraciones de la afectividad comprenden:

2.1 Angustia o ansiedad. Es una respuesta emocional lógica del organismo ante lo nuevo y lo no estructurado, muchas veces necesaria (mientras no desorganice la conducta), como sucede durante el aprendizaje. Como respuesta global del organismo tiene un correlato fisiológico, especialmente en relación al sistema nervioso autonómico, que se traduce por tensión, aprensión, temor, excitabilidad neuromuscular y sensitivo sensorial. En la vertiente psíquica se expresa como un miedo sin objeto actual y definido con conciencia de peligro o amenaza inminente e insoportable asociada a un sentimiento de desamparo o incertidumbre. El grado severo de la ansiedad -y sus concomitantes somáticos- cuando se presenta en forma de crisis (ataque) se denomina pánico, diferenciándose de la ansiedad generalizada. La selectividad limitada e intensa genera la fobia. La angustia acompaña a una serie de procesos orgánicos como las arritmias cardíacas, las valvulopatías, especialmente al prolapso mitral, al angor pectoris, a la enfermedad obstructiva pulmonar crónica, a los tumores aminosecretantes, al hipertiroidismo, a la enfermedad de Cushing, al síndrome menopáusico, al uso de estimulantes, alucinógenos o al síndrome de abstinencia del alcohol y otros. Presente también en la esquizofrenia, sobre todo al comienzo; frecuentemente complica la depresión y se considera el eje dinámico de las antes llamadas neurosis.

2.2 Tristeza. Es un sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos y de un tono monótono, cansado, lento o quejumbroso de la voz. Puede no existir llanto, pero cuando existe es muy significativo, pese a que sea contenido por el sujeto. El grado máximo de la tristeza se denomina melancolía y los intermedios distimias. La tristeza en sus diferentes gradaciones y presentaciones es un síntoma casi obligado de los estados depresivos.

2.3 Depresión. Es un síndrome que tiene como síntomas cardinales a la tristeza o al estado de ánimo venido a menos, a la dificultad para elaborar el pensamiento, a la lentificación motora. El deprimido se siente desanimado, pesimista, desesperanzado y desesperado. Además, se agrega a esta sintomatología la mengua o pérdida del interés por los objetos del entorno, cansancio o fatiga, sentimiento de culpa, ideas de suicidio y muerte, disminución del apetito, estreñimiento, insomnio, impotencia o frigidez como un compromiso del estado vital. La angustia, en mayor o menor grado, siempre está presente. En los casos graves se comprueba ideas delusivas, elaboraciones pseudoperceptivas y estupor o agitación motoras. El síndrome depresivo es uno de los más frecuentes de la clínica psiquiátrica, y en su etiología confluyen factores genéticos neurobioquímicos, psicosociales y orgánicos (cáncer pancréatico, enfermedad de Addison o uso de sustancias hipotensoras, contraceptivas, digitálicas).

2.4 Alegría. Es un sentimiento agradable de bienestar y satisfacción que se acompaña de viveza y variabilidad de gestos y movimientos y de un tono de voz de sonoridad cambiante interrumpido por sonrisas. El júbilo o euforia es el grado máximo de alegría, y ésta es uno de los síntomas obligados del síndrome maníaco.

2.5 Manía o síndrome maníaco. Tiene como síntomas cardinales, a la manera de la depresión, el estado anímico de inestable euforia con elación, la presión para verbalizar que pueda llegar al pensamiento ideofugal (fuga de ideas) y el aumento de la actividad motora que puede ascender hasta una solemne agitación. A esta sintomatología básica se agregan con frecuencia, la distraibilidad de la atención y el optimismo con sobrevaloración de las capacidades físicas y mentales acompañado de ideas megalomaníacas. Cuando el síndrome se presenta atenuado se denomina hipomanía. El síndrome maníaco no tiene la misma frecuencia de presentación que el depresivo, pero los factores etiológicos son similares, especialmente en relación a la enfermedad bipolar o enfermedad maníacodepresiva. Tampoco hay que dejar de mencionar los factores orgánicos, como las endocrinopatías de tipo hipertiroidismo o la enfermedad de Cushing; los neurológicos, como determinados tumores cercanos al diencéfalo, la esclerosis múltiple o la epilepsia psicomotora; el uso de sustancias simpatomiméticas, anticolinérgica o antidepresivas, entre otras.

2.6 Apatía. Es la incapacidad, más o menos prolongada, para experimentar sentimientos con conservación de las funciones cognoscitivas. Existe una carencia de afecto o de su expresividad. No hay capacidad de goce o de sufrimiento. Se presenta en neurosis graves, en las diferentes formas clínicas de la psicosis esquizofrénica, en los estados demenciales y como síntoma importante en el síndrome de estrés-posttraumático. Afín a la apatía y confundiéndose con ella, se describe la frialdad afectiva, que es la falta de afecto por las necesidades e intereses de las otras personas, pero no de las propias y que se manifiesta en la ausencia de resonancia o empatía afectiva (indiferencia si los demás están tristes o alegres, satisfechos o descontentos). Se presenta como rasgo de carácter en las personalidades psicopáticas, como síntoma, en los síndromes delirantes demenciales de tipo paranoico; en los melancólicos, con la denominada anestesia dolorosa, en la cual el paciente se queja de no poder sentir el cariño y la comprensión que le muestran y tienen las personas que lo rodean, a pesar que lo reconoce; como aplanamiento afectivo constituye uno de los llamados signos negativos de la esquizofrenia.

2.7 Ambitimia o ambivalencia afectiva. Es la adjudicación de sentimientos o emociones opuestos, aparentemente irreconciliables, sobre un mismo sujeto, objeto o situación en un mismo momento. Se presenta, a veces, cuando hay compromiso de la conciencia (confusión), en la esquizofrenia (síntoma cardinal para Bleuler); también en cuadros psicóticos leves. En las neurosis se presenta como sentimientos opuestos, pero no en el mismo momento.

2.8 Paratimia, discordancia o incongruencia ideoafectivas. Es la falta de relación entre lo expresado verbalmente y el vivenciar afectivo cuantitativa y cualitativamente. Este síntoma es privativo de la esquizofrenia.

2.9 Labilidad emocional. Es la presencia de rápidos y a veces contradictorios cambios emocionales (falta de resolución). Se nos impone como desproporcionado a los estímulos de la situación. Consiste en accesos de risa o de llanto de variable intensidad por estímulos estresantes o a veces inocuos. La incontinencia emocional, una forma extrema, se presenta en los orgánico-cerebrales (síndrome pseudobulbar), pero también en las psicosis y neurosis, personalidades anormales y hasta en sujetos normales en determinadas circunstancias como en los velorios, por ejemplo.

2.10 Inversión de los afectos. Se refiere a la irrupción de sentimientos opuestos a los que anteriormente manifestaba el paciente hacia otras personas. El cambio puede ser gradual y comprensible o súbito e incomprensible. El valor clínico será más severo cuanto más dramático sea el cambio afectivo. Así, la inversión de afectos manifiesta indica una franca psicosis. Por este mismo mecanismo se llega a la negación de la paternidad que el profesor Honorio Delgado consideraba privativo de la esquizofrenia.

2.11 Anhedonia. Consiste en la mengua o incapacidad de goce sin pérdida de las funciones cognoscitivas. Se presenta en la esquizofrenia (S. Rado la consideraba como patognómica de ésta); sin embargo, se manifiesta también en las depresiones. En éstas, como una queja expresada por el paciente y sufrida por él; mientras que en el esquizofrénico se comprueba por el observador clínico.

2.12 Alexitimia. Es la dificultad o incapacidad de describir con palabras los estados afectivos. Estos estados afectivos se refieren especialmente a aquellos que subyacen en los llamados trastornos psicosomáticos y en algunos síndromes organicocerebrales. (Se comprueba más en la medicina interna que en la psiquiatría).

3. Formas de exploración A través de la entrevista se puede comprobar si hay una concordancia de la afectividad con la ideación y la actividad motora. Averiguar si existen fluctuaciones del ánimo: diurnas, nocturnas, por períodos o durante la entrevista ¿Qué parte del día es más difícil? ¿Cuál es la más desagradable o temida? ¿Por qué?, (ritmo, horario). Partiendo del pesimismo expresado verbalmente o a través de la actitud o mímica, establecer la presencia de tendencias suicidas (profundizar al respecto). La comprobación de tristeza expresada verbalmente o por respuesta a la pregunta de si es capaz de alegrarse, permite explorar la depresión. En las facies del depresivo se encuentra el signo de la omega (pliegues de la frente que simulan esta letra griega), las comisuras labiales caídas y la profundización de los pliegues verticales del entrecejo que constituye el signo de la Veraguth y, todos ellos en conjunto, más la cabeza inclinada, el de Schule. Además, la actitud general es característica por la lentificación de los movimientos, la marcha casi arrastrando los pies, encorvamiento del cuerpo y voz queda. Sugiere apatía la indiferencia con ausencia de reacción a estímulos habituales, así como la falta de interés por lo que hace o por lo que sucede a su alrededor. En la angustia, como en el miedo, hay hipertonia muscular, dilatación pupilar, logoftalmus y sudor facial. Los movimientos son rápidos (de pies y manos si están sentados) o hay inquietud motora de traslación. Voz entrecortada. La cuantificación de los estados depresivos y de angustia puede realizarse a través de cuestionarios especiales como los de Hamilton, Taylor, Beck, Zung, subtest del MMPI, los diversos de la Tavistock Clinic de Londres, entre otros. (Ver anexo Nº 89-94). PERCEPCIÓN 1. Definición Organización e interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través de los órganos de los sentidos. Constituye un proceso que requiere la integridad anatómica y funcional del SNC y de los órganos sensoriales especializados. Este proceso implica la relación entre la vida interior del sujeto y el mundo circundante y la concordancia entre el estímulo y la significación del objeto.

2. Alteraciones Las alteraciones en la percepción comprenden:

2.1 En cuanto a la intensidad, puede estar aumentada sin causa orgánica, lo que significa que las experiencias perceptivas son más vívidas, cromáticas, sensibles o audibles (hiperestesia sensitivo-sensorial), como sucede eventualmente en la manía, bajo la acción de psicodislépticos, en el trastorno de ansiedad generalizada y en algunos estados de éxtasis. Puede estar disminuida, también sin causa orgánica, y por lo cual las características de la percepción son menos vivaces o nítidas que lo normal (hipoestesia), de tal manera que en la sensibilidad general llega hasta la analgesia; en la esfera visual que todo aparezca pálido y gris.

2.2 En cuanto a la cualidad, se dan anormalidades por la generalización o falta de uno o más de los caracteres perceptivos como sucede en la xantopia y cloropsia por altos niveles de xantosina o bilirrubina circulante, o en la visión coloreada como consecuencia del consumo de sustancias psicodislépticas, o en la ausencia de la visión de un color como ocurre en la ceguera cromática o daltonismo; especial mención merece la sinestesia que es la unión en un mismo órgano sensorial de la propia respuesta perceptiva y de otra ajena, como sucede en la audición coloreada. Se presenta en personalidades impresionables o artísticas o bajo el efecto de sustancias alucinógenas como la mescalina. Se denominan alucinaciones funcionales o reflejas, generalmente auditivas, las que aparecen en relación a determinados estímulos reales como ser el ruido de un motor en funcionamiento, el canto de un ave, el ruido de una canilla que gotea agua. Desaparecen al cesar el estímulo real. Se presentan en la esquizofrenia y en la psicosis debida al alcohol con mayor frecuencia.

2.3 En cuanto a la forma espacial, están las dismegalopsias y sus variedades como las micropsias, macropsias y metamorfopsias que se caracterizan porque los objetos se perciben más pequeños, más grandes o con modificaciones simultáneas de la forma y el tamaño en el mismo objeto, respectivamente; todos estos trastornos se producen cuando hay lesión cerebral o en casos de delirium tremens o bajo el efecto de sustancias psicodislépticas; la diplopia y la poliopia, en que el objeto visual se duplica o multiplica en más de dos; son frecuentes cuando existen problemas retinianos, de acomodación y convergencia o por lesiones del lóbulo temporal (epilepsia).

2.4 Pseudopercepciones. Son alteraciones que consisten en percibir objetos que no existen en la realidad o, si existen, adquieren apariencia distinta o extraña. A las primeras se les denomina alucinaciones, que pueden presentarse en cada órgano de los sentidos, siendo las más frecuentes las auditivas, que varían desde sonidos elementales hasta pseudoperceptos de contenidos melódicos, musicales o voces humanas perfectamente organizadas; las voces que oyen los esquizofrénicos o las que se presentan en la alucinosis aguda de los alcohólicos son ejemplos característicos. También pueden estar presentes en los deprimidos y hasta en los maníacos. Los contenidos alucinatorios auditivos son muy variables en contenido: persecutorios, denigrantes, acusatorios, mandatorios, comentadores; raramente halagüeños. Las alucinaciones visuales también van de las simples a las complejas: fotopsias o fotomas a fantopsias hasta verdaderas escenificaciones. Las alucinaciones extracámpicas son las que se presentan fuera del campo visual; próximas a éstas, están las cogniciones corpóreas que consisten en la certidumbre de la existencia de algo o alguien con carácter de percepción real detrás o arriba del sujeto. La convicción puede tener carácter delusivo o no; las hipnagógicas y las hipnopómpicas son las que suceden antes de conciliar el sueño o al momento de despertar, respectivamente; las negativas, que se refieren a la ausencia de visión de objetos presentes como sucede en trastornos disociativos que antiguamente se calificaban de histeria (escotoma intencional por factores psicógenos). Las alucinaciones del gusto y olfato son menos frecuentes y diferenciadas; se presentan en el aura de la epilepsia, especialmente la psicomotora, y en algunos esquizofrénicos que relatan el envio de olores o sabores. En la sensibilidad general se encuentran las alucinaciones táctiles (hápticas) que se refieren a sensaciones cutáneas indiferenciables de las corporales en que los pacientes informan que los tocan, los sujetan, los soplan, los queman, les pinchan, les hacen cosquillas, los sierran, los estrangulan, los siegan, experimentándolas con dolor o sin él. También la sensación de ser calentados y de ser enfriados (alucinaciones térmicas) o de ser humedecidos (alucinaciones hígricas). Las primeras, frecuentes en esquizofrénicos y, las segundas, en las psicosis orgánicas. Las denominadas alucinaciones cenestésicas a partir de las táctiles que se refieren a la sensación de estar petrificado, desecado, reducido de tamaño, vacío, hueco, de creerse por dentro de oro o de piedra. El cuerpo recibe corrientes eléctricas, rayos o fluidos diversos. Con frecuencia afectan a los órganos genitales y hay extracción del semen, masturbación y vivencias de coito. También, en esta esfera, se presentan alucinaciones del esquema corporal que van desde considerar que el cuerpo crece de tamaño o disminuye, se desfigura se hace más grueso, más pesado, más ligero hasta que sólo partes del cuerpo cambian de forma y tamaño. La pseudolevitación, como la sensación de ingravidez que el paciente interpreta como "capacidad de volar". La autoscopia, fenómeno ilusorio raro, consiste en la visión del propio cuerpo o parte de él, interna o externa, como un doble o imagen en espejo. Estas alteraciones están presentes en esquizofrénicos, en el síndrome de Cotard y en depresivos melancólicos, también bajo el efecto de sustancias tóxicas para el SNC. Las ilusiones, la otra gran categoría de las pseudopercepciones, consisten en la errónea percepción por deformación del estímulo y que puede ser fácilmente corregible por el sujeto, pero que en el paciente, especialmente en el psicótico puede no suceder así. Las alucinaciones pueden presentarse en cada uno de los órganos de los sentidos, siendo más frecuentes las visuales, las auditivas y las cenestésicas. Las ilusiones no necesariamente entrañan patología psíquica y suelen presentarse por fallas en la atención o bajo tensión emocional; asimismo, cuando hay miedo, angustia o fatiga (oír ruidos como voces o sombras como personas o animales amenazantes). Las ilusiones pueden estar presentes en algunos síndromes depresivos, en estados confusionales y en muchos complejos delirantes, pero su valor clínico es limitado. La paraidolia, afín al fenómeno ilusorio, consiste en la percepción de figuras estáticas o móviles en campos pobremente estructurados como sucede en las nubes, en viejas paredes, en alfombras o en manchas en los muros. Otro tanto puede suceder con ruidos monótonos que se tornan musicales. Estos fenómenos se viven con reconocimiento de su cualidad de erróneo; hay, pues, conciencia de realidad. En el delirium febril, por ejemplo, pueden acentuarse las paraidolias hasta hacer desaparecer al objeto real, es decir, la paraidolia se transforma en ilusión.

3. Formas de exploración Fundamentalmente a partir del comportamiento y del interrogatorio. La actitud de escucha, las musitaciones, los gestos y ademanes cuando están a solas, acciones como coger algo invisible, mirar con atención aquí y allá o la utilización de tapones en los oídos, por ejemplo, son claros indicios de alteraciones perceptivas. Comprobadas estas alteraciones, es conveniente precisar si se acompañan de compromiso del sensorio o están en relación con determinado estado de ánimo o si ocurren en completa lucidez. Los contenidos pseudoperceptivos son importantes determinarlos tanto en su aspecto formal como en lo temático; así mismo, las circunstancias en que aparecen o desaparecen: fatiga, silencio, oscuridad, distracción. Tener en cuenta la conciencia de anormalidad o no de este tipo de fenómeno. En los pacientes reticentes muchas veces es necesario partir asumiendo que existen pseudo-percepciones y en el interrogatorio afirmar: "las voces que Ud. escucha..." Otro tanto sucede con los esquizofrénicos de larga data, o en el agudo muy explorado, que tratan de disimularlas al percatarse del interés del entrevistador. PENSAMIENTO 1. Definición Proceso complejo por el cual se aprehende un objeto o un aspecto de un objeto o situación. Así, juzgar, abstraer, concebir, razonar y, en sentido amplio, imaginar, recordar y anticipar son formas de pensar. Tener en cuenta que los procesos perceptivos antes que antagónicos son suplementarios en un acto cognoscitivo dado. El pensamiento se reconoce a través del lenguaje oral, escrito o mímico.

2. Alteraciones Las alteraciones del pensamiento pueden ser en el contenido, en el curso o progresión y en lo formal o intrínseco:

2.1 Contenido. El Pensamiento delusional o delirante es aquel que se relaciona, especialmente, con la alteración del juicio, es decir, con la creencia o el saber erróneo e inmodificable pese a los argumentos lógicos en contra. Cuando esta forma de pensamiento se presenta sin antecedentes o precipitantes, inmediatamente reconocibles, se denomina delusión o delirio y cuando deriva de una experiencia mórbida, perceptiva o afectiva frecuentemente se designa como idea delusiva, delusión secundaria o delirio secundario. La convicción delusional puede aparecer de un modo súbito o desarrollarse paulatinamente a partir de un temple o estado de ánimo delusional caracterizado por un sentimiento de alarma, de que algo va a suceder sin saberse cómo ni cuándo, que existe un significado no precisado en el mismo y en su entorno (amenaza, sospecha, desconfianza, conmoción, horror, inseguridad, agobio, perplejidad, expectativa angustiada) llamado Trema por Conrad. Cuando cristaliza la delusión y llega a constituir una estructura coherente cerrada en sí misma, se trata entonces de un sistema delusional. Los temas son muy variados y algunos caracterizan determinados síndromes o entidades psicopatológicas; así, en los deprimidos aparecen ideas delusivas de ruina, culpa, acusación, minusvalía; en los paranoides las de persecución, referencia, alusión, daño; alcurnia, grandeza, megalomaníacas en general, en los episodios maníacos; negación, nihilista, de enormidad, especialmente, en el síndrome Cotard y en algunas esquizofrenias; místicas, religiosas, mesiánicas, eróticas, en los esquizofrénicos hebefrénicos y paranoides; de reforma, de querella o reinvindicación y celotípicas, en los paranoicos. Adquiere un valor clínico importante para el diagnóstico de esquizofrenia cuando el tema es raro y extraño y la claridad de la conciencia está conservada. Puede presentarse, también, en los trastornos orgánicos cerebrales (Alzheimer) o en las psicosis tóxicas, como sucede con el delirio dermatomórfico de la intoxicación cocaínica o en el síndrome paranoide producido por la anfetamina. Asimismo, la interpretación delusiva es frecuente en los trastornos de conciencia y en las psicosis afectivas. Pensamiento obsesivo. Se refiere a pensamientos, representaciones o grupos de pensamientos que ejercen un dominio sin motivo sobre la mente y que, en reaparición constante e inoportuna, tienen tendencia a la repetición infinita y a la incoercibilidad, a pesar del esfuerzo voluntario para desecharlos. La lid que se entabla entre las representaciones o pensamientos y el normal fluir de éste provoca un tono afectivo altamente angustioso. La obsesión como resultante es vivida con conciencia de falsedad o, por lo menos, de inutilidad y siempre con la convicción de que no es sugerida del exterior, padeciéndose, además, a plena lucidez de conciencia. Los temas obsesivos son muy variados y estarán de acuerdo a la jerarquía de valores del sujeto y a su actividad preeminente del momento. Lo más valioso entra en conflicto obsesivo (antinomia); para unos, los de mayor valor serán la salud, la moral, la religión, la sexualidad, la existencia, la filosofía; para otros, lo absoluto, los números, el orden, la limpieza o la verificación. En todo caso son casi siempre de tipo negativo: tristes, crueles, angustiantes, deprimentes, atormentadores, odiosos, espantosos, penosos; nunca alegres ni felices. Estos temas se convierten en preocupaciones exclusivas llevando a la duda que obliga a la repetición interminable que en el caso del acto, se denomina compulsión, es decir, el pensar que no se ha ejecutado bien un acto simple o complejo que obliga a recomenzarlo o repetirlo en su totalidad. El lavado repetido de manos es una de las compulsiones más frecuentes. La duda compulsiva conforma la famosa locura de la duda. En la clínica el fenómeno obsesivo se presenta acompañando a la depresión melancólica, a la esquizofrenia, a algunos síndromes orgánico cerebrales como el epiléptico y por sí solo, constituye la anteriormente llamada neurosis obsesiva y ahora denominada trastorno obsesivo compulsivo. Pensamiento Fóbico. Es aquel que está constituido por ideas que aparejan temores irracionales a objetos, situaciones o seres vivientes cuya presencia real, y a veces imaginada, provoca angustia que puede llegar hasta el pánico. El sujeto reconoce como anormal su respuesta. En la actualidad su clasificación se ha simplificado en tres grupos: a) Agorafobia. Es el temor de estar o sentirse solo en lugares públicos y donde podría tener dificultades para escapar o ser auxiliado en caso de súbita incapacidad. Ello motiva una conducta evitativa. Por lo tanto, las muchedumbres, los grandes almacenes, los cines, se tornan objetos fóbicos. Además, el agorafóbico puede tener miedo de estar solo o de apartarse de su fuente de seguridad y, por ello, sentirse indefenso o incapaz de huir. b) Fobia Social. La característica fundamental es un miedo persistente e irracional a las situaciones en que el sujeto puede verse expuesto a observación o evaluación por parte de los demás, con un deseo apremiante de evitar tales situaciones. También existe miedo a comportarse de una manera humillante o embarazosa. Los ejemplos incluyen hablar o actuar en público, utilizar los urinarios o lavabos comunales, comer en público y escribir en presencia de otras personas. c) Las Fobias Simples. Constituyen una categoría residual una vez excluidas las dos anteriores. Los objetos temidos son a menudo animales (insectos, reptiles, ratones) y situaciones (claustrofobia o miedo a los espacios cerrados, aunándose una acrofobia o temor a las alturas, por ejemplo). Desde el punto de vista clínico las fobias son manifestaciones de los trastornos de ansiedad en las clasificaciones actuales. La agorafobia es más frecuente en las mujeres. La fobia social suele empezar al final de la infancia o al principio de la adolescencia. (Muchos individuos normales tienen dificultades de hablar en público, pero sólo será fobia social a menos que la ansiedad y el miedo provocado se consideren excesivo e irracional, con conducta de evitación). Como síntoma puede estar presente en la melancolía, en la esquizofrenia y constituir por si sola la llamada anteriormente neurosis fóbica y ahora trastorno fóbico. Ideas sobrevaloradas. Son pensamientos en que el aspecto afectivo del convencimiento predomina sobre el racional, de manera que éstos tienen un lugar privilegiado en la vida del sujeto llegando a orientar unilateralmente su conducta. Normalmente este tipo de ideas se encuentra entre los políticos, artistas, religiosos o los partidarios de un club deportivo ("hinchas"). Cuando estos contenidos ideicos se manifiestan como una prolongación de la personalidad se constituye la llamada personalidad del fanático. Las ideas sobrevaloradas de tipo hipocondriaco son las más comunes y acompañan con mucha frecuencia a los estados depresivos, en oportunidades a la esquizofrenia, en su comienzo, y a la patología de la tercera edad.

2.2 Curso o progresión. La disgregación del pensamiento consiste en la asociación laxa, distante o ilógica de pensamientos entre sí que tornan incomprensible su sentido racional o emocional a pesar que el paciente elabore frases que, siendo adecuadas por separado, no están relacionadas consecuentemente y, por lo tanto, el razonamiento no llega a una conclusión veraz. Cuando la disgregación no es muy marcada puede pasar inadvertida en el lenguaje hablado, pero fácilmente objetivable en el escrito. En otras oportunidades puede ser tal que el discurso se componga de palabras aisladas o fragmentarias, condensaciones de ellas, neologismos o solamente sílabas, constituyendo una ensalada de palabras, como llaman algunos a esta alteración extrema. Características similares se observan cuando hay trastornos de conciencia, especialmente cuando ésta oscila entre el entorpecimiento y la lucidez, llamándose entonces pensamiento incoherente. La disgregación está presente en la excitación psicomotora y en sujetos normales bajo gran tensión emocional. En los procesos esquizofrénicos tienen valor diagnóstico cuando no hay alteración en el nivel de la conciencia. Pensamiento inhibido o lentificado. Es manifestado por el paciente como una dificultad en su fluidez; las asociaciones son escasas y existe una franca dificultad en la elaboración mental con una pobre variedad ideacional que, sin embargo, con esfuerzo logra un pensamiento completivo. Este trastorno es frecuente en las llamadas depresiones inhibidas y se presenta, también, en los compromisos de conciencia, en los síndromes psicorgánicos y en algunos esquizofrénicos preocupados y afligidos. Aceleración del pensamiento y fuga de ideas(pensamiento ideofugal). Aquí la asociación y la facilidad de pasar de un tema a otro se oponen a la alteración anterior, y se transforma en fuga de ideas cuando pierde la dirección hacia la meta inicial que lo originó, o se cambia con frecuencia hacia otras, por intercurrencias externas o internas intercaladas, que la distraen constantemente o por la superficialidad y fugacidad de las asociaciones, muchas veces sólo por asonancia o contiguidad que no permiten la completividad del razonamiento. Esta alteración asociada a la verborrea y el ánimo eufórico es muy característica de los episodios maníacos. Presente en cuantía menor en los estados expansivos, hipomaníacos y en las diversas embriagueces de grado moderado. La fuga de ideas extrema por un mecanismo inverso al pensamiento inhibido y exceso de asociaciones, puede llegar, como éste, al mutismo. Pensamiento prolijo o circunstancial. Tiene como fundamento la mengua de la capacidad de síntesis y, por lo tanto, no distingue lo esencial de lo accesorio, elaborando un discurso cargado de minuciosidades y detalles que intervienen en los acontecimientos, pero que alargan innecesariamente el relato, aunque no se pierde el sentido principal, llegando finalmente, a conclusiones precisas y concordantes con la realidad. Presente en los trastornos orgánico cerebrales como las demencias y las epilepsias deteriorantes, y en las personalidades con rasgos pedantes. Bloqueo o interceptación del pensamiento. La fluidez se detiene bruscamente por la falta, en ese momento, de asociaciones consecuentes que le permitan continuar el discurso que, pasado un breve lapso, puede ser reanudado con el mismo u otro tema. A diferencia de la ausencia, este trastorno se produce con la conciencia clara y el sujeto se percata y explica su dificultad. Presente, especialmente, en los esquizofrénicos catatónicos; también, en los estados de perplejidad o de terror, y durante el sentimiento de vacío de los deprimidos y esquizofrénicos en general.

2.3 Formales o intrínsecos. Pensamiento esquizofrénico. Se rige por una serie de características como que el sujeto "piensa mayormente en términos más concretos, realistas y factuales y como consecuencia las cosas tienen un valor más personal que simbólico" (Kassanin). De otro lado, el pensamiento no tiene una organización lógica normalmente sindética y sí utilización de metónimos y expresiones idiosincráticas con interpenetración y sobreinclusión de temas. De esta manera se puede tipificar, entre otras, las alteraciones siguientes: Pensamiento autístico o dereístico, en el que el mundo subjetivo (recuerdos, vivencias, ensueños o producciones anormales como las alucinaciones) se impone sobre el objetivo, haciendo caso omiso de la realidad presente, aunque la percibe correctamente. Afines o derivadas de esta alteración están el simbolismo primitivo, el poder mágico del pensamiento y la palabra, la reificación o concretismo de lo mental y la participación en el alma ajena y en el ser de las cosas. Enajenación del pensamiento. Implica que éste escapa al control del sujeto perdiendo su autonomía y son sus variedades los pensamientos hechos o introducidos, la substracción (robo), la publicación del pensamiento y el eco del pensamiento, entre otras. Ambivalencia. Consiste en referir juicios opuestos sobre un mismo sujeto, objeto o situación en un mismo momento. Por ejemplo "José está vivo pero está muerto". Adjudicación de significaciones adventicias. Las palabras y conceptos adquieren denotación distinta de la habitualmente aceptada. Otra alteración intrínseca es el pensamiento deficitario u oligofrénico, caracterizado por una estructura rudimentaria donde los conceptos son escasos, la abstracción y generalización, siempre difíciles, lo son aún más cuando se trata de lo que está relacionado con sus propias y elementales necesidades. Precaria tanto la comprensión cuanto la explicación de los hechos por la no distinción entre causa y efecto, todo y partes, y realidad y fantasía. Pensamiento demencial. Comparte muchas de las características del anterior, pero es adquirido. No es homogéneo en su producción, pues al lado de fallas notorias se logran aciertos notables, indicando que en algún momento el funcionamiento fue normal; sin embargo, estos aciertos no tienen mayor continuidad. Asimismo, al lado de la pérdida de las capacidades mentales superiores se comprueba un menoscabo de la memoria, atención y expresión verbal con una tendencia a la repetición. Neologismos. Consisten en la formación de nuevas palabras a base de uniones, de una parte, de un vocablo con una parte de otro, y las cuales adquieren un significado especial. Los neologismos son propios de los esquizofrénicos, pero pueden presentarse en personalidades histriónicas o pedantes con el objeto de llamar la atención por una supuesta originalidad; también en los deficientes mentales por mal uso de las palabras.

3. Formas de exploración A través de la entrevista y de un ordenado, pero no incisivo interrogatorio, se logran los mejores resultados. El discurso espontáneo permite valorar la riqueza asociativa y conceptual, la consistencia y profundidad de los raciocinios o temas tratados, ordenados y congruentemente en relación a los intereses, necesidades o el nivel cultural del sujeto. Asimismo, a pesar de la dificultad o la facilidad de producción ideica, no hay que dejar pasar por alto la ideación paranoide en pacientes recelosos, desconfiados o egocéntricos con preguntas acerca de sus relaciones con la gente en general o los compañeros de trabajo y estudio. Preguntar si considera que alguien o algunos tienen interés en perjudicarlos, burlarse, criticarlos o envidiarlos; si son dueños de su pensamiento, o si existen fuerzas o personas que se apoderan, sustraen o publican su pensamiento (enajenación); asimismo, si se cree que lo observan, acosan o persiguen o si hay personas que lo malquieren. No dejar de preguntar tampoco, en sujetos de ánimo alegre o expansivo, acerca de la posesión de riquezas, abolengo, proyectos a ejecutar, aumento de las capacidades intelectuales o físicas. Otro tanto hay que precisar en alguien de humor triste, respecto a ideas de culpa, reproche, temor al castigo divino o de la justicia por actos supuestamente deshonrosos o perjudiciales a terceros, por ejemplo. Tampoco dejar de formular preguntas en relación a obsesiones y fobias en sujetos rígidos, ordenados y escrupulosos, preguntándoles si hay ideas o pensamientos difíciles de erradicar de la mente, tendencia a repetir actos para comprobar su exactitud o si existen temores infundados a objetos o situaciones que se reconocen inofensivos. La calidad final del pensamiento puede sopesarse a través de pruebas simples como hallar diferencias y similitudes o dar el significado a refranes conocidos. De otro lado, para el análisis funcional del pensamiento existen pruebas especialmente diseñadas como las de Jung, Zucker, Hanfmann-Kassanin y la de Wechsler misma. INTELIGENCIA 1. Definición Capacidad para resolver con buen éxito situaciones nuevas por medio de respuestas adaptativas. Esta capacidad implica la utilización de una serie de funciones psicológicas con primacía del pensamiento.

2. Alteraciones Las alteraciones de la inteligencia comprenden:

2.1 Retardo o deficiencia mental. Es el funcionamiento intelectual por debajo del promedio general que se origina durante el período temprano del desarrollo. Para la OMS existen dos categorías: el retardo mental propiamente dicho, debido fundamentalmente a causas ambientales y sin alteración del SNC; y la deficiencia mental debida a padecimientos del SNC. La clasificación del retardo mental se basa, especialmente, en los resultados de la aplicación de pruebas psicométricas, para lo cual el concepto de cociente intelectual (CI) es preponderante. Entiéndese por CI a la relación entre la edad mental (EM) obtenida en la prueba aplicada, y la edad cronológica (EC) en años de edad cumplidos por el examinado. El resultado se multiplica por cien para obtener el porcentaje de donde se obtiene la fórmula de CI = EM/EC X 100. Se considera el CI de 100 como normal. La OMS preconiza, tomando este criterio, la clasificación siguiente: retardo mental leve, cuando el CI varía entre 50-69; moderado, entre 35-49; severo o grave, de 20-34; y profundo, cuando el CI es menor de 20. Generalmente, los dos últimos se acompañan de padecimientos del SNC. De otro lado, aunque la clasificación psicométrica es útil, el concepto de adaptabilidad social, pese a no tener una medición precisa, es posiblemente más confiable, ya que muchos niños con CI bajo funcionan bien como adultos debido a un buen ajuste social, mientras otros con CI con menor menoscabo terminan en los hospitales u otras instituciones debido a su conducta aberrante. Son, también, útiles la consideración de entrenables y educables. Los primeros, están comprendidos entre los que poseen un CI entre 20 y 34, que se benefician con programas especiales para que puedan cuidarse por sí mismos y realizar tareas sencillas. Los retardos comprendidos entre los CI: 35-69 son educables, a través, también, de programas especiales, llegando a participar en grado suficiente para adquirir pericia vocacional en tareas necesarias para su automantenimiento. Los retardos con menos de 20 de CI tendrán que depender por completo y ser cuidados durante toda su vida. El retardo mental puede ser consecuencia de lesión del SNC de diverso origen, y de un aspecto muy especial y frecuente entre comunidades primitivas o estratos económicamente desamparados, cual es la deprivación psicosocial. (Ver Capítulo 11).

2.2 Demencia. Es el deterioro de las funciones mentales previamente normales, que se manifiesta principalmente en el menoscabo de la inteligencia, el pensamiento, la atención y la memoria; secundariamente en la afectividad y la conducta. Este disturbio es susceptible de comenzar en cualquier época de la vida: infancia, niñez, adolescencia, adultez y con mucha mayor frecuencia en la senescencia. La distinción entre retardo mental y demencia infantil no siempre es fácil; sin embargo, si se considera que el retardo mental es congénito o adquirido precozmente (período natal o perinatal), entonces todos los disturbios psíquicos deficitarios graves de naturaleza orgánica, precedidos por una etapa de años, en el cual el niño desarrolló y se comportó de acuerdo a su edad cronológica, debe incorporarse a los disturbios demenciales. En cambio, el llamado síndrome deficitario de la atención o daño o disfunción cerebral mínima no se acompaña de reducción o retardo intelectual y, en consecuencia, no es una demencia, a pesar de las serias dificultades de aprendizaje exhibidas por estos pacientes. A la esquizofrenia también se le achaca una forma demencial.

3. Formas de exploración Una buena apreciación de la inteligencia se obtiene a través del estudio del pensamiento. La llamada inteligencia medida es aquella que se obtiene por intermedio de pruebas elaboradas especialmente con ese fin, que varían en complejidad, de acuerdo a la conceptualización acerca de la noción de inteligencia. Así, el Raven o Prueba de Matrices Progresivas está saturado del factor "g" de Spearman. La prueba de Weschler o Escala de Bellevue (WAIS para adultos y WISC para niños) consta de una serie de subtests que evalúan funciones como la memoria, la formación de conceptos verbales, la capacidad de análisis y síntesis, la concentración, la atención, la anticipación, la coordinación visomotora y la organización visual. La importancia de esta prueba radica no sólo en la obtención de un nivel o de un CI de acuerdo a lo esperado para una edad determinada, sino en el estudio funcional de la inteligencia por la discordancia o concordancia de los diferentes subtests. Útil por lo tanto, también, para la exploración de las demencias. MEMORIA 1. Definición Función de recordar o revivir una experiencia pasada con conciencia más o menos definida de que esa experiencia, denominada recuerdo, es reproducida. De otro lado, la memoria comprende por lo menos cuatro procesos diferentes: 1.1 Memorización y fijación (memoria anterógrada). 1.2 Conservación de la información. 1.3 Recuerdo o evocación (memoria retrógrada). 1.4 Reconocimiento.

2. Alteraciones

2.1 Cuantitativas. Las hipermnesias consisten en un aumento extraordinario de la capacidad recordatoria muchas veces cuajado de hechos triviales. Se presentan en las psicosis agudas, en los estados excitatorios y febriles, en los estados crepusculares de origen epiléptico o histérico (disociativo) y en los trances de muerte inminente. Las amnesias se definen de manera general como la pérdida de la función memorística; éstas pueden referirse a la evocación y estar en relación a la extensión y al contenido. Así, habrá una amnesia masiva cuando compromete grandes porciones del pasado o de todo él; otra, que sólo compromete grandes porciones limitadas y corresponden a la amnesia lacunar; o selectiva, cuando el olvido se refiere a determinadas informaciones relacionadas entre sí, aunque pertenezcan a diferentes épocas de la vida del sujeto. Si se tiene en cuenta la evolución, la amnesia puede ser reversible, progresiva o irreversible. La causa de la amnesia puede ser orgánica como sucede en los traumatismos encefalocraneanos, las enfermedades infecciosas, vasculares, tumorales, tóxicas o degenerativas cerebrales y que pueden tomar cualquiera de los tipos descritos. Como dismnesias, se conocen las hipomnesias que pueden estar en relación a la dificultad de mantener nuevas informaciones: dismnesia de fijación o dificultad para evocar de nuevo los hechos u objetos que antes se recordaban con facilidad. La de fijación se comprueba en el paciente que no puede mantener en la memoria datos sencillos como nombres, cifras, pequeños sucesos, inclusive a los pocos minutos de haber recibido la información, pero los puede recordar pasadas unas horas o días. Se presenta en los estados depresivos, en los síndromes ansiosos, en las demencias incipientes, cuando hay disminución del nivel de vigilancia o de la atención y en los síndromes donde predomina la apatía; la dismnesia de evocación es la dificultad para recordar en el momento oportuno datos que antes se evocaban adecuadamente, pero estos recuerdos pueden aparecer en otras circunstancias sin esfuerzo alguno. Se presenta en similares situaciones que la anterior.

2.2 Cualitativas. Las paramnesias son fallas en el proceso de reconocimiento, localización y evocación, pero desde el punto de vista de la calidad. Así, en cuanto al reconocimiento están los fenómenos del déjà vu y déjà vécu que se caracterizan porque el sujeto tiene la sensación de haber visto o haber experimentado respectivamente con anterioridad el lugar o la situación en que se encuentra en ese momento, aunque no categóricamente; la variante jamais vu, impresión de no haber visto o estado anteriormente en el lugar, en que se encuentra y que de hecho le es harto conocido, se comprueba como los anteriores en pacientes histéricos y en los momentos previos a la crisis temporales. El falso reconocimiento es la atribución de la calidad de conocido con certidumbre a un objeto o situación percibida o no por primera vez. En algunos pacientes esquizofrénicos es posible comprobar que consideren a extraños como amigos o parientes y negar firmemente que sus amigos o parientes sean tales y sí, más bien, impostores o dobles. Este último síntoma corresponde al síndrome de Sosias o de Capgras. Las confabulaciones son falsos recuerdos de sucesos verosímiles que el sujeto considera que realizó o presenció, muchas veces a partir de la insinuación premeditada del examinador, como sucede en los pacientes con trastornos globales de la memoria evocativa o cuando predomina la alteración de la fijación en la presbiofrenia o el síndrome de Korsakov, en el que las fantasías suplen los recuerdos.

3. Formas de exploración Esta puede comenzarse preguntando directamente si se ha vuelto olvidadizo; de contestar afirmativamente se confrontará luego con los resultados de los exámenes. Si está presente un defecto de memoria se debe precisar si es difuso, circunscrito, constante o variable. Si el compromiso es para la memoria reciente o remota y si se acompaña de otros disturbios del funcionamiento intelectual. Si el defecto de memoria es circunscrito, debe aclararse si está en relación a situaciones específicas personales como el matrimonio o la identidad personal. Tener en cuenta que el paciente tiende a soslayar el déficit recurriendo a la evasión, a generalizaciones o llenando los vacíos con material fabricado como sucede en las confabulaciones. Buenos datos de memoria retrógrada se obtienen en la revisión de los hechos cronológicos de la historia personal como los aniversarios, comienzo y fin de los estudios y de los trabajos, lugares de residencia y edades de los hijos, por ejemplo. Pruebas simples como la retención de un nombre, un color y una dirección, inmediatamente y después de 5 a 10 minutos, permiten explorar la memoria de fijación, retención o memorización. Para la memoria inmediata se puede utilizar la repetición de series numéricas (series de dos a ocho dígitos a la velocidad de uno por segundo) que deben ser repetidos por el sujeto en cuanto finaliza su enunciado; los números escogidos no deben estar en su orden natural ni sugerir fechas históricas conocidas. ACCIÓN 1. Definición Se refiere, especialmente, a la actividad exterior, visible y hasta cuantificable, pero en íntima relación con la actividad interior del organismo. Comprende, fundamentalmente, la conducta motora.

2. Alteraciones Las alteraciones de la acción pueden ser:

2.1 Cuantitativas. Comprende la agitación y el estupor con sus estadios intermedios. La agitación se refiere al aumento patológico de la actividad motriz, muchas veces acompañada de la psíquica. Esta actividad puede ser más o menos organizada o francamente desorganizada. El aumento patológico de la actividad motriz puede estar o no acompañada de hiperactividad mental, como se presenta en la llamada inquietud ansiosa; exaltación, cuando a un grado menor de actividad motriz se agregan síntomas psíquicos como la euforia, las ideas megalomaníacas y el pensamiento ideofugal tal cual se observa en la hipomanía; agitación propiamente dicha, cuando existe una hiperactividad tanto motriz cuanto psíquica, pero mucho mayor que en las anteriores y que obliga al empleo de medios de contención, especialmente, farmacológicos en la actualidad; furor, que es el grado extremo de la agitación y se manifiesta con tendencias destructivas y agresivas. Aunque esta alteración forma parte de diversos síndromes, las características estarán en relación a la etiología; así, se puede distinguir la agitación catatónica que puede sobrevenir después de un estado de estupor, presentándose bruscamente con actos incoordinados, violentos, repetitivos e inconsecuentes entre ellos mismos que el paciente realiza sin fin premeditado; los actos resultantes son peligrosos para él y para los demás. Cuando es de etiología esquizofrénica se acompaña de los síntomas fundamentales de esta enfermedad; la agitación delusional está constituida por un tipo destructivo, agresivo o defensivo, conducta que se realiza sobre los objetos y personas que rodean al paciente, pero en estrecha relación con la interpretación delusiva de éste acerca de la realidad circundante. La violencia está en relación al contenido delusional de daño o de persecución y la organización conductual al grado de claridad de la conciencia; generalmente se presenta en forma de crisis; la agitación ansiosa se caracteriza por los actos repetitivos, especialmente, de traslación u otros movimientos del cuerpo y sin actuar sobre los objetos o personas que lo rodean. Esta actividad improductiva la refiere el sujeto a su intranquilidad interior. La agitación tiene, también, características especiales en las psicosis tóxicas y sintomáticas, en la epilepsia y en trastornos disociativos en que se muestra por episodios dominados por una tendencia precisa: fuga con terror, agresividad o erotismo, respectivamente, por ejemplo. El estupor se refiere a la ausencia patológica de movimientos (inmovilidad patológica) sin respuesta a los estímulos habituales y se acompaña o no de alteraciones del tono muscular. Su duración es variable, entre horas, días o semanas. Un grado menor de estupor se denomina inhibición. Aquí, como en la agitación, la etiología es muy variada. Así, se describe el estupor orgánico producido por la encefalitis, el tumor cerebral u otra condición similar y corresponde a un verdadero apagamiento de toda actividad psíquica, amén de la correspondiente sintomatología neurológica. El estupor disociativo (histérico), llamado, también, psicógeno o estado cataléptico, se caracteriza porque junto con la inmovilidad patológica no se encuentra resistencia negativista ni hipertonías musculares y cuando más una ligera hipotonía. Si se le impone al paciente una posición forzada o incómoda, no la mantiene por largo rato, tomando espontáneamente otra más habitual. Generalmente permanecen con los ojos cerrados. La expresión facial es de indiferente placidez y conformidad o de asombro y extrañeza, pero no de temor. Existe mutismo. El estupor melancólico, caracterizado por una facies de profunda tristeza, mutismo completo y aunque la inmovilidad es extrema, habitualmente el paciente se levanta para realizar sus necesidades elementales. El rechazo a la ingestión de alimentos es también completo. Su comienzo no es súbito sino que se instala después de un período más o menos prolongado en un paciente que ha tenido un estado depresivo. El estupor maníaco llega a la inmovilidad consecutiva a una fase de hiperactividad o de agitación. Se distingue la variabilidad de los estados afectivos por los que atraviesa el sujeto aunque de manera fugaz, por su expresión facial; otras veces por los movimientos oculares o los intentos de hablar (fuga de ideas puramente psíquica). El estupor catatónico es el estupor por excelencia. La actividad motora presenta grados diversos que van desde empobrecimiento y lentificación de los movimientos hasta la pérdida total de ellos. En los grados más marcados se acompaña, habitualmente de hipertonía muscular, o de pseudoflexibilitas cérea (el paciente mantiene la postura en que se le ubique por incómoda que sea como si su cuerpo fuera de cera). Las manifestaciones verbales espontáneas son escasas y lacónicas o faltan en absoluto. El discurso reactivo tiene las mismas características, pero por la expresión facial se aprecia que ha comprendido el lenguaje del interlocutor. En otras circunstancias la facies del estuporoso puede denotar más bien un ánimo placentero indiferente y, al mismo tiempo, de comprensión pasiva de los acontecimientos que se producen en su alrededor. Otras veces concuerdan con los contenidos alucinatorios y delusionales, especialmente si el estupor es de origen esquizofrénico. Éste tiene una gradación creciente, desarrollándose con bastante rapidez (días o semanas) y su duración puede ser hasta de meses. La recuperación es, también, gradual, aunque un poco más rápida. Otras veces el curso es oscilante con períodos de exacerbación y disminución de síntomas. En oportunidades, en plena fase estuporosa profunda aparecen cortos períodos, casi siempre nocturnos, que duran minutos u horas, en el curso de los cuales aminoran y hasta desaparecen los síntomas; luego vuelve a la fase estuporosa profunda. De otro lado, es importante reconocer lo que se denomina abulia, que sería la incapacidad absoluta para culminar un acto voluntario (no necesariamente de movimientos) por falta de decisión, especialmente, para los actos voluntarios superiores; puede ser transitoria o permanente. Como hipobulia, más frecuente, se considera la mengua o disminución de la capacidad resolutiva o la dificultad para la iniciativa motora. Presente en sujetos normales cuando el trabajo ha sido excesivo o la fatiga es intensa. En la patología mental se comprueba en los estados depresivos, al comienzo de la esquizofrenia y en el curso de éstos, como uno de los signos negativos de la enfermedad; en las intoxicaciones crónicas y en los síndromes ansiosos de larga data.

2.2 Cualitativos. Hay que considerar los denominados impulsos irresistibles que consisten en la ejecución irrefrenable de algunos actos en forma muchas veces violenta y que escapan a todo control; existe la cleptomanía, que es la apropiación de objetos ajenos sin tener en cuenta el valor pecuniario de éstos; la dromomania o fuga, que es la aparente necesidad imperiosa de cambiar de lugar o alejarse del medio habitual; la piromanía que es el impulso a producir incendios; y, entre otros, el impulso homicida que culturalmente corresponde al Amok de los malayos. La etiología de estas alteraciones está en relación a desórdenes de tipo epiléptico o histérico como es en la fuga o dromomanía, pero fundamentalmente a personalidades anormales de tipo psicopático. De otro lado, en el síndrome catatónico se observa una serie de manifestaciones que H. Delgado engloba como iteración anormal o repetición inmotivada, que va de la perseveración a la catalepsia, en la cual se mantiene, por tiempo prolongado, una misma posición o postura, ya sea porque el mismo sujeto la tomó o el examinador se la impuso. Presenta asimismo, negativismo, que varía de la abstención a la ejecución del acto contrario de la indicación solicitada; al primero se le denomina pasivo, y activo al segundo. En cambio, en la obediencia automática el paciente realiza pasiva e inmediatamente las indicaciones, sugerencias u órdenes que se le nombren, llegando a ejecutarlas, pese a que entrañen dolor o peligro. En las reacciones de eco basta que el paciente observe u oiga determinados actos, palabras o frases para que inmediatamente las repita; así, la ecopraxia, será la imitación de los actos que ve ejecutar, especialmente del interlocutor o del sujeto cercano a él; la ecomimia se refiere a la imitación de los gestos y ademanes, y, la ecolalia, a la del lenguaje hablado.

3. Formas de exploración Especialmente por la observación atenta. Para el efecto hay una serie de escalas, llamadas de conducta, que sirven para ese fin, como la Fergus-Falls, por ejemplo. De otro lado, es indispensable comprobar el tono muscular, la excitabilidad refleja y la temperatura, entre otros, ante un estado estuporoso para descartar cualquier compromiso neurológico. CONCIENCIA DEL YO\* 1. Definición. Saberse a sí mismo como viviente y actuante de manera coherente, certera y autónoma en la realidad y en el tiempo.

2. Alteraciones

2.1 El transitivismo. Es la confusión entre el Yo propio y el ajeno, de tal manera que los pacientes piensan que otros experimentan o hacen aquello que en la realidad sienten o realizan ellos. En los esquizofrénicos se comprueba que sus propios síntomas se atribuyen a una o varias personas sanas: también se observa en intoxicaciones por LSD y otras drogas psicotomiméticas.

2.2 Transformación de la personalidad (o del modo de ser). Va desde la afirmación con el sentimiento respectivo del cambio fundamental de la personalidad, llegando, inclusive, a creer que la anterior ha sido vivida por alguien distinto, como sucede en algunos esquizofrénicos, hasta sólo modificaciones caracterológicas, como ocurre al comienzo de las psicosis y en los procesos psicoterapéuticos. Se observa transitoriamente en las llamadas crisis de la adolescencia o cuando modificaciones en el medio externo obligan a cambios en los roles y status, como sucede al alejarse de la familia, al ingresar al servicio militar, durante el noviazgo, el matrimonio, los estudios profesionales y su culminación.

2.3 Despersonalización. El sujeto se queja de no ser el mismo, pero sin ser una persona distinta. La experiencia pierde su connotación emocional, predominando el sentimiento de extrañeza o irrealidad o que ésta se ha paralizado. Manifiesta que sus pensamientos y actos se suceden mecánicamente. Se acompaña de extrañeza de lo percibido y cambios en la percepción del propio cuerpo. Se presenta en forma de crisis, estados o períodos. Puede manifestarse, transitoria y esporádicamente, en sujetos normales después de estrés o de agotamiento. Se encuentra en los trastornos de angustia, trastornos disociativos, hipocondriacos, estados obsesivos, la melancolía, la epilepsia y en la esquizofrenia, especialmente al comienzo.

3. Formas de exploración Las modificaciones de la conciencia del Yo pueden ser verbalmente comunicadas por desazón (despersonalización) o dudas (transformación de la personalidad) que producen en el sujeto y, naturalmente, por el interrogatorio. De otro lado, se pueden deducir a partir del comportamiento. HAMBRE Y APETITO 1. Definición Se entiende por hambre la necesidad de alimento como una urgencia fisiológica del organismo para salvaguardar la homeostasis, y en relación a la cantidad de nutrientes; en cambio, apetito es la necesidad selectiva de los alimentos, muchas veces más en concordancia a los factores culturales que a los nutritivos.

2. Alteraciones Las alteraciones del hambre y el apetito comprenden:

2.1 Anorexia. Es la pérdida del hambre o apetito. En la clínica psiquiátrica es más frecuente la hiporexia, de común presentación en las depresiones en general, especialmente en la llamada Mayor, donde es uno de los primeros síntomas en aparecer en forma de fácil saciedad y uno de los últimos en eliminarse; también, en los estados estuporosos o de perturbación de la conciencia; asimismo, en las enfermedades orgánico cerebrales con lesión de la hipófisis o sin ella. En los estados obsesivos el paciente se priva de comer por efecto de un temor anormal denominado sitiofobia. A veces acompañada de enflaquecimiento y de repugnancia, se comprueba en la hipocondría. El rechazo de alimentos se manifiesta en oportunidades como una expresión de negativismo en catatónicos y en algunos esquizofrénicos que, por el contenido anormal del pensamiento (temor a ser envenenados, por ejemplo), se niegan a alimentarse. La anorexia mental o nervosa es una entidad patológica caracterizada porque el sujeto rehusa comer. Con mayor frecuencia se presenta en mujeres y se acompaña de amenorrea. En el hombre es rara. La edad de presentación es entre los 12 y 21 años. Algunos autores insisten en que no hay anorexia sino una reacción de disgusto al alimento. Muchos tienen un hambre voraz y se resisten a comer, otros sólo ingieren determinados alimentos. En oportunidades se alterna con episodios de bulimia. El enflaquecimiento por restricción alimenticia puede alcanzar niveles caquécticos y llegar por lo tanto a confundirse con la enfermedad de Simmonds o la de Sheehan con las cuales hay que hacer el diagnóstico diferencial. En algunos casos la anorexia puede ser tan severa que el paciente fallece (Ver Capítulo \*\*)

2.2 Bulimia. Es el aumento desordenado e insaciable del hambre que se observa en el síndrome de agitación y en la deficiencia mental, a veces en la demencia, la esquizofrenia, y, en oportunidades, en los trastornos psicogenéticamente condicionados de larga data; aisladamente, en personalidades psicopáticas. Cuando en la psicosis el sujeto come con estas características, el síntoma se denomina sitiomanía. La bulimia como entidad nosográfica se refiere a episodios recurrentes de comilonas (consumo rápido de una gran cantidad de alimentos en un período de tiempo, usualmente menor de dos horas) al lado de otras manifestaciones como autoinducción del vómito, repetidos intentos para bajar de peso, uso de diuréticos o catárticos, ayunos y aislamiento social. La bulimia hay que distinguirla de la hiperfagia hipotalámica producida por tumores a ese nivel.

2.3 Pica o alotriofagia y malacia. La pica se puede definir como una anormalidad del apetito en el sentido de la inclinación a comer sustancias inasimilables como tierra, cenizas, madera, papel, jabón, parafina, sustancias en descomposición o excrementos (coprofagia). Se observa especialmente en deficientes mentales profundos, dementes seniles o paralíticos generales; de modo raro en esquizofrénicos y maníacos y, excepcionalmente, en epilépticos, y personalidades anormales. En los esquizofrénicos se puede observar, de otro lado, por la naturaleza de sus trastornos, engullir objetos que entrañan peligro para su salud y vida como piedras, monedas, clavos, llaves, agujas y demás. Todas estas desviaciones de la alimentación se consideran como perversiones en el sentido de no cumplir con el fin de nutrir el organismo, pero la denominada malacia "no siempre carece de sentido trófico", como dice H. Delgado; así, las comidas muy condimentadas o con excesivo sabor ácido pueden servir para estimular el hambre o para compensar una hipoclorhidria. La geofagia (comer tierra) en los niños puede estar de acuerdo con la carencia de determinados elementos minerales. Asimismo, los denominados antojos de las embarazadas pueden estar indicando insuficiencias nutricionales. De otro lado, hay que tener en cuenta los aspectos culturales de la alimentación y las normas de aprendizaje social y no tomar como alteración lo que para el grupo es habitual y para los demás, exótico. Hasta hace poco tiempo entre los norteamericanos los tomates eran considerados como venenosos o incomibles; en el Japón, la leche de vaca era considerada como un alimento de uso no humano. También las creencias religiosas obligan a abstenerse de determinados alimentos, como sucede con los mahometanos; la carne de cerdo entre los judíos, o en el caso de ciertas sectas hindúes que, al considerar a la vaca como animal sagrado, no ingieren su carne y llegarían a morirse de hambre antes de comerla. En el otro extremo, en muchos países y algunos de ellos cercanos a nosotros, se come como plato exquisito hormigas, gusanos, culebras, monos o cocodrilos, entre otros.

3. Forma de exploración Fundamentalmente por el interrogatorio, donde hay que precisar la cantidad ingerida asociada a satisfacción, ansiedad, frecuencia, rechazo con repugnancia o por fácil llenura; asimismo, las preferencias alimenticias o los rechazos selectivos. También la observación es importante o los informes de terceros porque muchas veces o niegan sus excesos, sus preferencias, su insuficiencia, o no le dan importancia al considerarlos normales. SUEÑO 1. Definición Es una función fisiológica cuya función y mecanismo aún no están bien precisados; sin embargo, la distinción entre sueño normal o de onda larga, y sueño paradójico o sueño MOR, derivada del estudio electroencefalográfico, electromiográfico y de los movimientos oculares, es un buen aporte a la clínica.

2. Alteraciones Las alteraciones del sueño comprenden:

2.1 Entre las hiposomnias está el insomnio, que no es solamente la agripnia (falta total del sueño) sino que también se considera entre ellas la mengua de la duración, la dificultad para conciliarlo, el sueño entrecortado o el despertar temprano. Debe distinguírselo del pseudoinsomnio que consiste en la enorme diferencia de la queja comunicada y la comprobada por la observación de los demás o por los hallazgos del registro electroencefalográfico tomado mientras el paciente duerme. Ello ocurre en los sujetos fatigados o con reposo incompleto, en el sueño superficial y cargado de ensueños o como queja hipocondriaca (idea sobrevalorada). El insomnio puede ser ocasional cuando se produce por emociones intensas, fatiga o ambiente no familiar, o causado por enfermedades somáticas, especialmente por aquellas que cursan con fiebre, dolores o contracturas (estimulación interoceptiva visceral que produce impulsos aferentes nociceptivos). También por condiciones psicopatológicas como la angustia que demora la aparición del sueño, tornándolo entrecortado y con presencia de pesadillas. En otras oportunidades se instalará el temor a no poder conciliar el sueño, como un mecanismo de retroalimentación; el no dormir acrecienta la angustia y la angustia impide dormir. La depresión, especialmente la del trastorno depresivo mayor, se acompaña de despertar precoz y tanto más temprano cuanto más intenso es el cuadro de fondo. En el estudio EEG en estos casos se comprueba que el sueño de onda larga es el disminuido. En general, el deprimido duerme menos horas totales que un sujeto sano. En la manía, el insomnio es casi completo, y en la hipomanía la disminución de las horas de sueño tiene las características de los depresivos. En los cuadros orgánicos cerebrales crónicos es asimismo frecuente el insomnio como ocurre en las demencias tipo Alzheimer, inclusive con inversión del ciclo sueño/vigilia.

2.2 Hipersomnias. Es el aumento del tiempo diario de sueño que puede presentarse de modo continuo o en forma de crisis. Así, la letargia o hipersomnia propiamente dicha, es un trastorno cuantitativo opuesto al grupo anterior, de mucha menor frecuencia. Se presenta en la enfermedad del sueño y en otras encefalitis de variada etiología; también en aquellas condiciones que comprometen la región mesoencefálica, en la hemorragia cerebral, en las intoxicaciones con narcóticos o alcohol, en determinadas infecciones y en algunas afecciones endocrinas; sin causa orgánica demostrable en la letargia nerviosa, como sucede en la histeria. En la narcolepsia o síndrome de Gelineau que se caracteriza por accesos de sueño fulminante acompañados o no de cataplexia, que comienzan y terminan en forma brusca, el EEG comprueba que el tipo de sueño es el MOR. En el síndrome de Klein-Levin la crisis de sueño se asocia a bulimia y se presenta en forma periódica. En el síndrome de Pickwick el acceso de sueño se acompaña de obesidad y trastornos respiratorios.

2.3 Parasomnias. Son trastornos cualitativos del sueño, muchos de ellos sin mayor significación clínica, como el somniloquio o hablar dormido que se presenta en la etapa del sueño ligero, con mayor frecuencia. El sonambulismo, es decir, la presencia de una actividad bien coordinada y compleja, pero no extraordinaria, que ejecuta el sujeto sin despertar. El substrato neurofisiológico es similar al de la hipnosis. Electroencefalográficamente se comprueba ondas largas del sueño que son sustituidas por una norma similar a la encontrada en la vigilia relajada. La enuresis, en niños y adolescentes, ocurre en un momento que se puede reconocer al despertar espontáneamente del sueño de la etapa cuatro; y en los adultos ocurre electroencefalográficamente durante una norma similar al sonambulismo. El pavor nocturno es un episodio en el cual el sujeto despierta aterrorizado y confuso, pero amnéstico en cuanto a la causa de la ansiedad; correspondería a la actividad paroxística en estructuras límbicas del lóbulo temporal y es más frecuente en niños. Las pesadillas, no como un mal sueño sino como sensación confusa y terrorífica de aprensión, parálisis y ansiedad que es recordada al despertar. La jacatio capitis, como movimientos pendulares de la cabeza, que algunos autores los extienden a todo el cuerpo y se presentan al momento de conciliar el sueño; frecuente en niños. La cataplexia del despertar, como falta de movilidad voluntaria en plena vigilia, se presenta al final del sueño; electroencefalográficamente corresponde a una alteración del sueño MOR. Las hipnalgias son dolores que aparecen durante la iniciación del sueño como la topoparesia o la braquialgia parestésica nocturna.

2.4 Los trastornos de sueño vigilia como la demora progresiva de una hora al acostarse y levantarse que produce una menor sensibilidad a los horarios sociales. El retraso o desfase del sueño, que consiste en una dificultad para quedarse dormido al acostarse y trae como consecuencia la somnolencia diurna y el sueño compensatorio de los fines de semana, o el desfase temporal que está vinculado a los viajes en jet del este al oeste o al que se produce en el trabajo por turnos (horarios múltiples o cambiantes del sueño), que se acompaña de quejas gastrointestinales frecuentes y requiere de períodos variables de adaptación entre turnos.

3. Formas de exploración El interrogatorio es fundamental y debe estar vinculado a las quejas más frecuentes respecto al sueño, como son la dificultad para dormirse o para mantenerse dormido (es decir, despertar con frecuencia durante la noche) o despertarse prematuramente por la mañana o la falta de sueño reparador. Determinar si el paciente está soñoliento durante el día o tiene necesidad de hacer siesta y si su rendimiento en las tareas habituales es normal. Precisar a qué hora se acuesta o si cambia de día en día. Cuánto tiempo le parece que debe dormir; si se despierta a intervalos frecuentes durante la noche o cuánto tiempo le lleva la siesta. Si se suman las horas de sueño es posible que el total sea mayor de lo que el paciente pensaba. Distinguir, también, las horas en que está en cama en otras actividades que no son el sexo o el sueño como, por ejemplo, las lecturas o las conversaciones telefónicas. Tener en cuenta, asimismo, que la irritabilidad durante el día, la fatiga física, la falta de eficiencia y la mengua en la capacidad de concentrarse pueden ser síntomas vinculados a insomnio como se comprueba en la privación del sueño en los laboratorios para tal fin.