

# EL EXAMÉN PSIQUIÁTRICO

Dr. Zeirith Rojas Alfaro

## RESUMEN

La psiquiatría como rama de la medicina tiene como fin el alivio del dolor humano. La historia longitudinal nos permite conocer la presencia de patologías en distintas épocas, y su evolución a través del tiempo.

En cambio el examen mental comienza desde que el paciente se encuentra frente a nosotros comenzamos a valorarlo por medio de la observación y mediante la historia longitudinal tomando como herramienta la entrevista, como piensa, siente y percibe, mediante una serie de aspectos que abordaremos a continuación.

### I. - FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**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 adultos mayores.

**d. Raza.** 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:**

**-Escaridad.** Anotar hasta dónde ha llegado en sus estudios.

**-Trabajo.** A qué se dedica.

**-Nacionalidad.**

## **2.- CIRCUNSTANCIAS DE LA VALORACIÓN**

a).- Se debe valorar la fecha en que se realiza el examen mental ya que pueden variar de un día para otro.

b).- La valoración puede ser solicitada por voluntad propia, por petición de autoridad competente, para un trabajo, y a petición de los familiares, para lo que es necesario poner la causa de el examen.

c).- Anotar aquí el nombre de la persona que proporciona los datos.

d).- Valorar las características del lugar ya que en muchas ocasiones el paciente suele sentirse angustiado o lo ve como un medio amenazante. Dicha angustia puede encubrir aspectos importantes del estado mental del paciente. De aquí que convenga indicar donde se realizó el examen.

## **3.- PADECIMIENTO ACTUAL**

Esta es la parte más importante de la historia y la más difícil de lograr. Este apartado

o  
consta de dos partes:

### **A.- QUEJA PRINCIPAL**

Aquí se plantea, en una o dos oraciones, el motivo, o motivos, de la consulta.

### **B. ENFERMEDAD ACTUAL**

En este apartado se trata de recoger toda la historia de la enfermedad. Es importante dar una idea de la relación de los síntomas en el tiempo.

Es necesario averiguar, si se trata de una, o de varias personas quienes le hablan; que le dicen las voces?, las oye todas las noches, o sólo en ciertas ocasiones?, y, en ese caso, en que ocasiones?

Interesa conocer los factores que desencadenaron la enfermedad, si tuvo problemas o dificultades poco antes del inicio de la misma.

Es posible que el paciente relate situaciones que no identifique como inicio de la enfermedad, lo que es importante es identificar y asociar los sucesos.

Nos debe interesar aquellas situaciones que pudieran producir frustración, situaciones que estimulan ciertos impulsos que el paciente pueden considerar reprochables, sentir la proximidad del juicio legal, sufrir un robo, enfrentarse a un parto con complicaciones etc.

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

#### **4.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

En este apartado, nos interesa conocer si ha presentado antes padecimientos que se relacionen con su enfermedad. Primero tomaremos en cuenta los antecedentes personales y continuaremos con los familiares.

##### **A.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

1.- Padecimientos psiquiátricos (jerarquizar, si se encuentra en tratamiento y hospitalizaciones previas).

2.- Padecimientos tipo médico (enfermedades que padezca o haya padecido, intervenciones quirúrgicas, accidentes sufridos (principalmente los que afectan al cerebro y las secuelas que le hayan quedado, un defecto físico afecta directamente al equilibrio emocional de una persona).

3.- Antecedentes patológicos de tipo social (conductas delictivas, alcoholismo, drogas, prostitución, etc).

##### **B. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

1.- Herencia

2.- Antecedentes de enfermedades que haya tenido la mamá (sífilis en el embarazo)

3.- Valorar el medio ambiente familiar.

#### **5.- HISTORIA FAMILIAR**

a).- Identificar si el paciente fue criado en un ambiente familiar.

b).- Si fue un niño adoptado.

c).- El estatus social y económico de las familias.

d).- El número de hermanos, edad y sexo de cada uno de ellos.

e).- Describir las personalidades de los padres (económico, social, cultural, religión, ideologías políticas, etc).

f).- Describir la relación entre los padres y estos a su vez con los hijos y de hermanos a hermanos.

#### **6.- HISTORIA PERSONAL**

Comienza desde el embarazo de la madre hasta lo presente.

a).- Si fue un hijo deseado.

b).- Si la madre tomo algo para producir un aborto.

c).- Evolución del embarazo.

d).- El parto si fue normal

e).- Si la madre estuvo enferma

f).- Si el desarrollo del niño fue normal (lloró, gateo, etc)

g).- Si se tuvo problemas con la lactancia y el destete.

- h).- A qué edad dejo los pañales.
- i).- Relación con figuras de autoridad (maestros, padres, jefes de trabajo,etc).
- j).- Relación con amigos y hermanos.
- k).- Desarrollo intelectual y educación y los cambios.
- l).- Desarrollo Psicomotriz.
- ll).- Desarrollo sexual.
- m).- En los adultos mayores valorar con quien viven, si trabajan, si le temen a la muerte, temor a la soledad, o que se sientan abandonados, e inútiles.
- n).- Las ideologías filosóficas, políticas y religiosas y los cambios de estas.
- ñ).- Los aspectos morales del paciente.

## **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**

## **1.- APARIENCIA GENERAL, ACTITUD Y COMPORTAMIENTO**

- a).- Apariencia del paciente (sexo, ropa, maquillaje, higiene, etc)
- b).- Tomar en cuenta la moda.
- c).- Verificar el contexto de la situación que muestra el paciente con lo que sucedió a su alrededor.
- d).- La conación es la tendencia del individuo hacia ciertas conductas del individuo con tendencia a la acción.

## **ALTERACIONES DE LA CONACIÓN**

### **A.- Alteraciones cuantitativas**

- 1.- Abulia:** Etimológicamente significa “sin voluntad”. Es la incapacidad de experimentar deseos y tomar decisiones.
- 2.- Hipobulia:** Poca capacidad para desear y decidir.
- 3.- Hiperbulia:** Una capacidad, mayor de lo usual, para experimentar deseos y tomar decisiones

### **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.

## 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”).

**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.

**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, aun exponiendo su seguridad física. 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). 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.

**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).

**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).

**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

## LENGUAJE

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.

**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 incomprensible.

## **TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL, POR CAUSAS PSICOLÓGICAS**

**1.- Mutismo:** Consiste en que el paciente no responde a las preguntas, ni habla espontáneamente.

**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.

**6.- Neologismo:** Es una nueva palabra que el paciente inventa, o una vieja palabra que utiliza con un nuevo significado.

## **2.- AFECTO**

**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). 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.)

**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.

**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).

**Angustia o ansiedad:** 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

**Duelo:** Es la pena que normalmente sufre una persona cuando pierde a un ser querido.

## TRASTORNOS DEL AFECTO

### Trastornos cuantitativos del afecto

**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.

**2.- Júbilo:** Estado afectivo en el que el paciente irradia un aire de felicidad y confianza en sí mismo y muestra una gran actividad.

**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.

**B.- Hipertimia displacentera:** Estado afectivo muy intenso, que subjetivamente es displacentero.

**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. **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). **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.

**Estupor depresivo,** en el cual se mantiene inmóvil, mutista, obnubilado, e intensamente preocupado con ideas de muerte, y alucinaciones como en ensueños (N. K., p. 312).

**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.

**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).

**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. Ni parece triste, ni alegre (S. P., p. 96).

**“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).

## **TRASTORNOS CUALITATIVOS DEL AFECTO**

**Angustia o ansiedad:** Anteriormente dijimos que la ansiedad puede ser normal o patológica.

Se habla de **“ansiedad libre flotante”** cuando el paciente experimenta ansiedad sin tener idea de cuál es el motivo de que se sienta así.

**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.

**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).

**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).

**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 (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

**Idea:** es una simple representación intelectual de algo, sin afirmar o negar nada de ese algo.

**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).

**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).

## **TRASTORNO POR CURSO DEL PENSAMIENTO**

**Bradilalia o pensamiento retardado, o pensamiento inhibido:** Estos términos sirven para indicar que el sujeto piensa lentamente (por lo cual habla lentamente).

**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. (A.P.A., p. 33).

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).

**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.

**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.

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**.

**Perseveración:** Consiste en la repetición persistente de alguna idea (N. K., p. 73).

**Esteriotipia 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.”

**Verbigeración 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. (S. P., p. 90).

**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).

## **TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO**

**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).

**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).

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).

**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.

**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.

**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).

**Fobias:** Este término se refiere a la presencia de un temor exagerado ante algo, que no debiera, normalmente, producir tal temor.

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.

**Hematofobia:** es el temor a ver sangre.

#### **4 SENSOPERCEPCIÓN**

**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).

#### **TRASTORNOS DE LAS SENSACIONES**

**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 cualitativos**

**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).

**Hipopercepción:** Consiste en que el sujeto percibe un número de estímulos menor, por unidad de tiempo, al percibido normalmente. (B., p. 77).

**Apercepción:** Es la ausencia de percepción. Se presenta en el coma, por sufrimiento del tejido cerebral. (N.K., p. 345).

### **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).

**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. (V., p. 106).

**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 dé la sensación de salud, de tensión o de relajamiento (E. E., 92).

**e.- Alucinación cinética:** Es una percepción falsa de que el cuerpo es parcial, o totalmente, movido o empujado.

**f.- Alucinación quinestésica.-** Las alucinaciones quinestésicas consisten en la percepción de partes del cuerpo que no existen (extremidades fantasmas), o de partes que están cambiando de forma o de tamaño.

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

**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 de él; 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).

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).

## **A. CONCIENCIA**

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).

## **PSICOPATOLOGIA DE LA CONCIENCIA**

**1.- Obnubilación de la conciencia:** El término “obnubilado” viene de “nube”. Con él 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.

**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.

**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.

**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.

## **B ORIENTACIÓN**

**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).

**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.

**Orientación en cuanto a persona:** Para su evaluación, vemos a través de la conversación del paciente, si él tiene claro quién es él.

**Desorientación:** Es la falta de orientación.

## **C. 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 hipomaníacos y en los maníacos, 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 maníacos que saltan constantemente de un objetivo a otro, no pudiendo mantener su concentración 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).

**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).

**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).

**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).

**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.

## **D. MEMORIA**

## **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).

**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).

**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).

**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.

**Amnesia post-traumática.** Este término se usa para referirse a la amnesia que se presenta después de un traumatismo en la cabeza.

La duración de esta amnesia es un índice de la severidad del daño encefálico. En el caso de los Adultos mayores, 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.

**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.

**d.- Amnesia selectiva.** En este tipo, faltan todos los recuerdos que están relacionados con algún tema o persona.

**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).

### **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 percató 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).

**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.

**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.

**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).

**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).

**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).

**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

**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 tratara de recuerdos.

## **E. INTELIGENCIA**

**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).

## **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.

## **G. CAPACIDAD DE ABSTRACCIÓN**

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).

## **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.

## **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).

## **7.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD O INSIGHT**

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.

## 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.

### 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. AI. ALPERS, BERNARD, J., Neurología Clínica. Traducción de 2ª. 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. 1ª. 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. 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. 3ª. Edición. Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1962. 679 páginas.
8. B.B. BAKWIN, HARRY BAKWIN, RUTH MORRIS, Desarrollo Psicológico, Normal y Patológico, 4ª. 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. 1ª. Edición. Buenos Aires. Libros Básicos S.C.A., 1964. 227 páginas.
11. Bu. BUSTAMANTE B., DR, JAIRO, Neuroanatomía Funcional. 1ª. 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. 1ª. Edición, México, Trillas, 1974. 91 páginas.

13. Co. COON, DENNIS, Introducción a la Psicología. 2ª. 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, Green and Co., 1961. 594 pages.
16. E.O. ENGLISH, HORACE B., con ampliación por OÑATIVA, OSCAR V., Diccionario Manual de Psicología (sobre la 4ª. edición de "A Student's Dictionary of Psychological Terms", New York, Harper & Brothers, 1934), 1ª. Edición. Buenos Aires, Librería "El Ateneo" Editorial, 1951, 540 páginas.
17. F. FILLOUX JEAN – C., La Memoria. 1ª. 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. 3ª. 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. 1ª. 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. 1ª. Edición. México, D.F., Compañía Editorial Continental, S.A., 1974. 431 páginas.
22. K. KOLB, LAWRENCE C., Psiquiatría Clínica Moderna. 5ª. Edición (traducida de la 8ª. 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. 10ª. Edición México, España, Brasil, Colombia, Ecuador, Venezuela, Nueva Editorial Interamericana, 1985, 850 páginas.
24. Ku. KUBIE, LAWRENCE S., Psicoanálisis, Aspectos Prácticos y Teóricos. 2ª. 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. 1ª. 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. 1ª. 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. 1ª. 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. 4ª. 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.