

EXAMEN MENTAL

Es una recolección de datos que evalúan el estado mental del paciente, las manifestaciones comportamentales, afectivas y cognitivas como efectos y características del problema y como expresiones de la personalidad del paciente, los que además deben constituirse en recursos terapéuticos y preventivos. El examen mental está orientado a detectar signos y síntomas en un determinado sujeto en un momento dado con el objetivo de identificar el estado psíquico del evaluado por medio de la evaluación de las funciones mentales.

Un examen mental básico debe contener los siguientes elementos:

APARIENCIA Y ACTITUD DEL PACIENTE:

Como luce el paciente: su aspecto, su actitud general, aseo, pelo, vestimenta, olor, atuendo y arreglo. Biotipo. Lesiones visibles.

Actitud hacia el ambiente, hacia otras personas, hacia el psicólogo. Si se aprecia tranquilo, tenso, lento, callado, inquieto, hostil, irritable, molesto, amenazante, dramático, seductor, indiferente, titubeante, ansioso, colaborador, etc.

Se hace referencia al aspecto general del examinado teniendo en cuenta todos los detalles que están relacionados con el aspecto físico, como son la estructura corporal, arreglo y porte. De igual manera se evalúa la conducta y actitudes generales del paciente ante los síntomas que presenta.

CONCIENCIA:

Función mental mediante la cual se lleva a cabo la integración de los aspectos sensitivos, sensoriales, intelectuales y afectivos, que posibilitan al individuo para el conocimiento de si mismo en las tres dimensiones del espacio y el tiempo.

Si está consciente y toma contacto con el entorno y con el entrevistador o si se aprecia obnubilado, somnoliento, letargia, estuporoso o en coma.

En algunos cuadros clínicos en paciente puede estar HIPERVIGIL, es decir demasiado alerta.

LENGUAJE Y HABLA:

Conjunto de capacidades que permiten utilizar sonidos para crear signos y símbolos arbitrarios.

Al evaluar el lenguaje de alguien debe tenerse en cuenta varios aspectos que pueden modificar su desempeño lingüístico. Los resultados pueden variar incluso tratándose de una misma persona en momentos diferentes debido a la fatiga, la ansiedad etc.

Debemos asegurarnos que el paciente nos comprende. Nos daremos cuenta cuando lo saludamos y nos presentamos, pero además podemos preguntarle si nos está entendiendo u oyendo bien. Si nos parece que no nos comprende podemos darle algunas órdenes sencillas, como por ejemplo que levante una mano, cierre los ojos o abra la boca. Si el paciente no nos está entendiendo es posible que presente una AFASIA (AFASIA SENSITIVA O DE COMPRENSIÓN), de ser así debemos realizar un examen más minucioso del lenguaje. (Revise la entrada AFASIA en este mismo blog)

Luego de asegurarnos que el paciente nos comprende, le pediremos que nos diga el nombre de algunos objetos. Se le muestra, por ejemplo una llave, bolígrafo, moneda, etc. y se le pide que nos diga el nombre del objeto, si el paciente tiene dificultad en dar los nombres requeridos debemos sospechar de una AFASIA MOTORA (DE EXPRESIÓN) y realizar un examen del lenguaje con más detenimiento.

SI EL PACIENTE PRESENTA UNA AFASIA O UN TRASTORNO DE CONCIENCIA, EL RESTO DEL EXAMEN MENTAL VA A RESULTAR MAS COMPLICADO Y DE DIFICIL INTERPRETACIÓN.

El habla es la expresión fonética del lenguaje. Debemos observar la velocidad: si es muy rápido (TAQUIPLALIA) o lento (BRADIPALIA). La cantidad: si es muy abundante (LOGORREA) o si no habla (MUTISMO). La pronunciación: si tiene dificultad en pronunciar las palabras (DISARTRIA). El volumen: muy alto o muy bajo.

ORIENTACIÓN

Función que capacita al individuo para tener conocimiento de si mismo en función con el tiempo y el espacio.

Se debe explorar si la persona conoce en qué lugar se encuentra y en qué momento, para ello se le pregunta si sabe qué hora, día, mes y año es, si no sabe se dice que presenta una DESORIENTACIÓN EN TIEMPO; además se le pregunta en qué lugar se encuentra y si no responde adecuadamente se dice que presenta una DESORIENTACIÓN EN ESPACIO.

MEMORIA

Capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia ubicándola en el tiempo. Comprende 3 etapas: el ingreso, el registro y almacenamiento y la evocación o recuerdo.

Se debe explorar la memoria para hechos recientes, la memoria para hechos remotos y las memorias falsas.

La memoria para hechos recientes se explora preguntándole por hechos ocurridos hace algunas horas, por ejemplo donde estaba hace una hora, qué estaba haciendo o qué comió, con quién andaba, etc. Para los hechos remotos se pregunta por sucesos ocurridos hace varios meses. Si el paciente tiene dificultades en recordar se dice que tiene una HIPOMNESIA y si no recuerda en absoluto, AMNESIA.

Algunos pacientes tienen falsos recuerdos, aseguran haber vivido situaciones que no son ciertas, a estos falsos recuerdos se les llama CONFABULACIÓN.

ATENCIÓN

Es una función mediante la cual se seleccionan de la multiplicidad de estímulos, tanto internos como externos, aquellos que van a ser procesados para lograr una adecuada integración mental.

Se explora observando la capacidad que tiene el paciente de mantener una conversación coherente con el entrevistador, si se distrae fácilmente o si es capaz de concentrarse en el tema que se está tratando, si nos sigue con su mirada o si no lo hace. Pídale que nombre los días de la semana en orden inverso (domingo, sábado, viernes, jueves, miércoles, etc.) si el paciente tiene dificultades en la atención no podrá llevar una secuencia adecuada, cometerá errores. Si tiene dificultad en concentrarse se dice que está HIPOPROSÉXICO o APROSEXICO.

La exploración de la atención se realizara desde el inicio del procedimiento del examen mental y durante el transcurso del mismo. Se debe tener en cuenta la manera en que el sujeto responde a las preguntas, hacia donde está enfocada la atención y de qué manera es mantenida.

PENSAMIENTO

Función mental que permite la construcción, elaboración y comunicación de símbolos mediante los cuales se estructuran conceptos, creencias e ideologías.

La evaluación del pensamiento se realiza desde el primer contacto que se tiene con el evaluado, el lenguaje verbal es la principal vía para conocer el pensamiento, pero toda la conducta sirve para este propósito.

Dos aspectos son los más explorados del pensamiento: el CURSO y el CONTENIDO.

CURSO DEL PENSAMIENTO: se debe evaluar la velocidad del pensamiento, si es demasiado rápido le llamamos TAQUIPSIQUIA y si es demasiado lento se le dice BRADIPSIQUIA. También evaluamos la forma como organiza sus ideas, es decir si el curso del pensamiento permite comprender lo que el paciente desea plantear. Si expresa una serie de palabras sin sentido, decimos que el curso es INCOHERENTE. Si cambia de tópico o tema muy frecuentemente decimos que está DISGREGADO. Si detiene el curso del pensamiento por unos segundos y cambia el tema hablamos de BLOQUEO DE PENSAMIENTO. Si la persona abunda en detalles sin necesidad, se dice que es un pensamiento PROLIJO.

El curso del pensamiento se evalúa simultáneamente con el habla. Es decir la evaluación del habla es lo que nos permitirá evaluar el curso de pensamiento ya que el habla es la expresión externa del pensamiento.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: sus trastornos más frecuentes son: las ideas obsesivas y las ideas delirantes.

Se llaman ideas OBSESIVAS a pensamientos que se repiten muy frecuentemente, son molestos, la persona los reconoce como absurdos pero no los puede evitar. Estas obsesiones, muchas veces, obligan al paciente a realizar

actos compulsivos. El ejemplo más usado es el de la persona que piensa continuamente que tiene las manos sucias y se las tiene que lavar, aunque sepa que las tiene limpias, pero no lo puede evitar. Otro ejemplo es el de la persona que tiene que regresar varias veces a revisar si ha cerrado su puerta y no puede evitar hacerlo, porque si no revisa se siente muy angustiado.

Se llaman ideas DELIRANTES a pensamientos irreales, que molestan, pero que la persona cree que son ciertos, aunque no tenga ninguna prueba. Se clasifican según su contenido en: DELIRIO DE REFERENCIA: en la que el paciente cree que las personas hablan de él. DELIRIO PERSECUTORIO Y DAÑO: la persona asegura que lo persiguen para hacerle daño o matarlo o dañar a algún familiar suyo. DELIRIO DE GRANDEZA O MEGALOMÁNICO: el paciente cree que tiene poderes superiores, como tener mucho dinero o ser alguien muy importante, etc. DELIRIO MÁGICO-RELIGIOSO: en el que la persona asegura tener contacto con espíritus, santos o ella misma ser un poseído o un santo. DELIRIO DE RUINA: la persona piensa que está acabado moralmente o económicamente. DELIRIO NIHILISTA: el paciente asegura que le falta un órgano o en casos más extremos piensa que está muerto. DELIRIO DE CULPA: refiere que ha cometido una falta que merece castigo. DELIRIO CELOTÍPICO O CELOTIPIA: la persona cree que es traicionada por su pareja.

Para evaluar el contenido del pensamiento se debe ser muy delicado con el paciente, muchas veces son los familiares los que informan sobre estas ideas delirantes. Una manera de abordarlos es preguntarle si ha tenido recientemente alguna preocupación y si logamos entrar en confianza con el paciente podemos preguntarle, con cierto tacto, por sus ideas delirantes pero sin tratar de descalificarlas de plano, aunque si se le puede pedir criterios de realidad sobre las mismas, por ejemplo “¿por qué cree usted que le quieren hacer daño? O ¿por qué dice que es el rey? ¿Cómo obtuvo ese título? Nunca decirle que no es cierto lo que dice, porque el paciente está convencido de ello.

Muchas veces, a partir de la conducta y la expresión de la cara, se puede deducir la presencia de delirios. Por ejemplo una persona que cree que lo persiguen para matarlo se esconde, se protege, expresa miedo o ira, no quiere salir de su habitación. Una persona que cree que es un militar de alta graduación se viste con prendas militares o adopta conductas propias de orden militar como el saludo militar o la marcha. También puede ser que tenga conductas mágico-religiosas como ritos, oraciones, etc. En alguna oportunidad hemos visto a pacientes llorar porque les falta un órgano como el corazón. A estos fenómenos se les conoce como CONDUCTAS DELIRANTES.

PERCEPCIÓN O SENSOPERCEPCIÓN

Constituye un complejo mecanismo psíquico que permite al hombre la adquisición de todo el material de conocimiento, proceda este del mundo exterior o interior, este mecanismo funciona mediante los sentidos, externos e internos y la percepción de nuestro mundo mental.

Se realiza a través de la entrevista, preguntándole directamente al pie si ha tenido o no experiencias sensoperceptivas anormales, desde cuándo y si aún las tiene. Permite identificar alteraciones en la autonomía de la función psicológica frente a la percepción de la estimulación interna y del mundo externo.

Las alteraciones psiquiátricas más frecuentes de la percepción son las ILUSIONES y las ALUCINACIONES. La AGNOSIA es un trastorno de la percepción que consiste en la imposibilidad de percibir un objeto, pero este trastorno pertenece más al ámbito de la neuropsicología y se relaciona más con lesiones neurológicas.

ILUSIONES son deformaciones de la realidad, cuando un paciente confunde un objeto con otro. Ejemplo una persona ve sombras en la noche y cree que son fantasmas.

ALUCINACIONES: se les da mucha importancia en psiquiatría y consiste en percibir objetos que no existen. Se clasifican de acuerdo a la modalidad sensorial que afecte en: ALUCINACIONES AUDITIVAS, A. VISUALES, A. OLFATIVAS, A. CENESTÉSICAS (la persona siente que la tocan o que le caminan animales por el cuerpo) y A. CINESTÉSICAS (la persona siente que la mueven).

Generalmente son familiares o amigos quienes les reportan al médico este signo ya que por la conducta del paciente se dan cuenta de que algo extraño le pasa, porque lo ven hablando solo, reírse sin motivo, hacer muecas extrañas o el paciente les dice que ve personas o cosas que los demás no ven. Cuando esto ocurre decimos que hay CONDUCTA ALUCINATORIA.

El médico debe preguntar al paciente si ha oído voces estando solo o si ha visto cosas que los demás no ven. Es necesario advertir que muchos pacientes esconden estos síntomas.

La ALUCINACIONES HIPNAGÓGICAS E HIPNOPÓMPICAS se consideraban normales, pero en los últimos años se les ha venido relacionando con trastornos del sueño (ver entrada sobre PSICOPATOLOGÍA en este mismo blog).

JUICIO

Es la actividad psíquica mediante el cual la psiquis realiza una síntesis mental que permite llegar a una conclusión entre las ideas o conocimientos.

Permite identificar la validez del juicio crítico de la realidad y visualizar el conjunto del funcionamiento de la capacidad cognitiva de abstracción y simbolización.

AFECTIVIDAD

Reconocen cuatro niveles:

1.- Sentimiento: reacción psíquica de tonalidad agradable o desagradable motivada interna o externamente y que no se acompaña de cambios fisiológicos evidentes.

2.- Emoción: es una reacción fisiológica que acompaña a un sentimiento. el amor, cólera y miedo, vinculadas a las actividades de alimentación, sexualidad, lucha y huida, se consideran emociones primarias.

3.- Afecto: es cuando un sentimiento adquiere una intensidad tal que la excitación y sus fenómenos somáticos concomitantes se hacen subjetivamente perceptibles. Ejemplos: alegría, tristeza, ansiedad irritabilidad, miedo.

4.- Humor; humor, timia o estado de ánimo: es todo afecto sostenido, constante y de bastante duración ejemplo: humor depresivo, humor eufórico.

Sensación placentera o displacentera que acompaña toda idea, originada en percepciones del mundo interno y del mundo externo, acompañada de un componente cognoscitivo congruente con esas percepciones.

En la evaluación del afecto entra en juego la objetividad y la subjetividad del examinador, por esto la exploración de esta área es bastante compleja, el examinador terminara haciendo una inferencia del estado afectivo del paciente. En esta exploración se tienen en cuenta los estímulos, las características del afecto, el componente somático y las manifestaciones en el comportamiento.

La apariencia del paciente, sus movimientos, postura, expresión facial y comportamiento general, son importantes indicios de la afectividad de este. Pero además se debe preguntar siempre como se siente, como está su ánimo y su humor. Preguntar si se siente triste, ansioso, con miedo, molesto. Si está de buen humor. Observe también si el estado emocional cambia o se mantiene constante durante la entrevista. También es importante observar si su apariencia coincide con el humor que dice tener. Note si hay labilidad o inestabilidad en su estado emocional. Observe si su apariencia es cónsona emocionalmente con el contexto o si su apariencia es vacía emocionalmente, rígida, seria e inexpresiva.

Debe indicarse el estado afectivo del paciente con la terminología que mejor lo defina: tristeza, alegría, irritabilidad, rabia, miedo o angustia, labilidad emocional, aplanamiento afectivo o anhedonia.

PSICOMOTRICIDAD

La evaluación de la psicomotricidad se realiza mediante la observación del paciente, lo que nos va a permitir determinar si la actividad es normal o no. Puede estar aumentada y le llamamos HIPERACTIVIDAD. Cuando la hiperactividad va dirigida hacia muchas actividades planificadas e intencionales o voluntarias, le decimos HIPERBULIA. Si la hiperactividad es exagerada y no tiene una intencionalidad le denominamos AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

Si la actividad está disminuida le llamamos HIPOACTIVIDAD O INHIBICIÓN PSICOMOTRIZ. Cuando esta hipoactividad es debida a una falta de voluntad del sujeto le llamamos HIPOBULIA O ABULIA.

Si el paciente presenta movimientos repetitivos continuos como por ejemplo balancearse continuamente, dar vueltas alrededor de un objeto, se le denomina ESTEREOTIPIAS. Si se trata de movimientos a manera de muecas en la cara, sin ninguna finalidad se le llama MANIERISMO.

A los movimientos oscilatorios, regulares y rítmicos se les llama TEMBLOR. Este temblor puede ser de reposo o de intención.

SUEÑO

Estado biológico y conductual del organismo, regular, rítmico y transitorio, caracterizado por su apariencia de quietud y reposo y por una disminución de las respuestas a los estímulos ambientales.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Antes de terminar el examen se explora el conocimiento que tiene la persona sobre sus síntomas. ¿Cuál es la actitud del paciente ante sus alteraciones? ¿Las ve como una enfermedad? ¿Piensa que necesita tratamiento? ¿Está consciente de sus equivocaciones? ¿Piensa que no tiene enfermedad alguna? ¿Cree que se trata de un problema físico, como consecuencia de un estrés o qué es una enfermedad mental?

El conocimiento y la opinión que tenga el paciente sobre las preguntas hechas debe quedar registrado en este examen.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Género:

Ocupación:

Edad:

DATOS DE LA EVALUACIÓN

Fecha:

Lugar:

Evaluador:

ASPECTO FISICO

Vestimenta

Higiene Corporal

Posturas

Mirada y expresión facial

ACTITUDES

Preocupación excesiva

Preocupación acorde a la realidad

Indiferencia

COMPORTAMIENTO

Seductor

Tímido

Agresivo

Burlón

Desconfiado

Arrogante

Colaborador

ORIENTACIÓN

AUTOSIQUICA (orientación en persona)

Conoce su nombre:

Conoce su edad:

Conoce las generalidades de su historia de vida:

Conoce las razones por las que llego al lugar de consulta:

Conoce su ocupación o profesión:

Su personalidad es acorde con su historia de vida:

ALOPSIQUICA (O. Temporo-Espacial)

Sabe en qué día / mes / año está:

Conoce en qué lugar se encuentra en ese momento:

Sabe quiénes son las personas que se encuentran a su alrededor:

Sabe cómo llegó al lugar de la consulta:

Conoce donde queda su lugar de residencia:

Sabe en qué ciudad Y país se encuentra:

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ORIENTACIÓN:

1. Desorientación general.
2. Desorientación espacial geográfica.
3. Desorientación del espacio corporal.
4. Pseudo desorientación.

CONCIENCIA

Se encuentra despierto/alerta:

Muestra signos de sueño:

Responde a estímulos externos visuales:

Responde a estímulos externos auditivos:

Responde a estímulos externos táctiles:

Tiene respuestas conductuales ante la estimulación:

Tiende a quedarse dormido fácilmente:

Se siente como cuando está a punto de quedarse dormido constantemente:

Logra ubicarse en tiempo y lugar:

Logra mantener la concentración:

Tiene contacto con el entorno:

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONCIENCIA:

Perdida súbita y transitoria de la conciencia:

1. Sincope.
2. Crisis epilépticas.
3. Conmoción.

Pérdida gradual de la conciencia:

1. Obnubilación
2. Somnolencia.
3. Estupor.
4. Coma.

5. Muerte cerebral.

- 1) SINCOPE: Pérdida súbita o breve de la conciencia total o parcial, que se acompaña de piel fría, pulso rápido, débil, respiración rápida, palidez y sudoración profusa, sin secuelas neurológicas.
- 2) CAUSAS DE SINCOPE: Hipotensión ortostática por ingestión de sustancias, trastorno del ritmo cardiaco, anemia, anorexia, hipoglucemia, síndrome de hiperventilación, ataques de pánico.
- 3) CRISIS EPILEPTICAS: La mayoría de crisis epilépticas se acompañan de pérdida súbitas y recurrentes de la conciencia.
- 4) DISMINUCION GRADUAL DE LA CONCIENCIA:
- 5) CONMOCION: Estado clínico caracterizado por la pérdida súbita de la conciencia posterior a un traumatismo craneoencefálico, sin existir fracturas ni secuelas neurológicas.
- 6) SINDROME POSCONMOCIONAL: presenta síntomas psiquiátricos del tipo cefalea, cansancio, mareos, irritabilidad, ansiedad, tristeza, e hipocondría.
- 7) OBNUBILACION: Enturbiamiento leve, fatigabilidad, deterioro de la atención, descenso de la reactividad ante los estímulos externos.
- 8) SOMNOLENCIA: (LETARGIA O HIPERSOMNIA): Deseo irresistible de dormirse (tiende a dormirse en la entrevista).
- 9) ESTUPOR: Paciente inconsciente pero responde a los estímulos dolorosos.
- 10) COMA: pérdida completa de la conciencia, sensibilidad y motilidad.
- 11) MUERTE CEREBRAL: Electroencefalograma isoelectrico. Ausencia de potenciales de activación.
- 12) DELIRIUM: tiene la característica de una fluctuación de un grado a otro en un periodo corto de tiempo. Las causas más frecuente son traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebro vascular, intoxicaciones, infecciones cerebrales, trastornos metabólicos.

ATENCIÓN

Responde a la estimulación visual por parte del entrevistador: Si No

Responde a estimulación auditiva por parte del entrevistador: Si No

Orientación:

- Voluntaria__
- Involuntaria__
- Nula__

- Focalización en uno o varios objetos determinados: Si__ No__
- Concentración en las tareas presentadas por el entrevistador: Si__ No__
- Tiempo de Concentración: Minutos__ Segundos__
- Mantiene atención excesiva en un solo estímulo no permitiendo responder a los demás: Si__ No__
- Atención dispersa en múltiples estímulos por cortos periodos de tiempo sin fijarse en ninguno: Si__ No__
- Ausencia de atención: Si__ No__

Para un diagnóstico más objetivo y específico es posible aplicar pruebas que evalúen la atención de manera particular.

Son muchas las pruebas que se pueden utilizar pero a continuación haremos una descripción de cuatro por fácil aplicación.

1. Prueba de generación de palabras Se le pide al examinado que diga palabras que empiecen con A, F y S en un minuto. Promedio normal: 36 palabras.
2. Prueba de secuenciación En una hoja de papel una lista de 10 a 15 números diferentes, se le pide al examinado que los una con una línea
3. Prueba señal de estímulo El examinado deberá levantar la mano una vez escuche dos golpes realizados por el examinador.
4. Prueba de desempeño continuo Se le dictan al examinado una lista de letras, este debe levantar la mano cada vez que escuche una letra específica la cual debe estar en el 25%.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN:

1. INATENCION: incapacidad para poner atención. Es común en los trastornos psiquiátricos y neurológicos que cursen con alteración de la conciencia, voluntad y afectividad (trastornos del humor).
2. DISTRACTIBILIDAD: incapacidad para concentrarse en determinado estímulo, por lo que frecuentemente cambia su foco de atención. Es común encontrarlo en episodios maníacos, delirium y trastorno por difícil de atención.
3. PERSEVERACION: Es la incapacidad de cambiar la atención de un estímulo a otro. El paciente persiste en dar respuestas verbales, motoras. Este sistema está asociado a disfunción del lóbulo frontal.
4. INATENCION UNILATERAL: Tendencia a ignorar a una parte del espacio externo y del espacio corporal. Se observa en la disfunción del lóbulo cerebral.
5. EXTINCIÓN SENSORIAL: Incapacidad para captar dos estímulos simultáneos.

AFECTIVIDAD

- Emoción que expresa en el momento: _____
- Situación que desencadenó el estado de ánimo: _____

- Momento en el que se intensifica su estado de ánimo:
- Pensamientos asociados a su estado de ánimo: _____

- Expresiones faciales: Alegría ___ Tristeza ___ Temor ___ Desesperación ___ Otros: _____
- Las expresiones concuerdan con el afecto: Si ___ No ___
- Conductas observables: _____

- El afecto es adecuado con respecto al estímulo desencadenante: _____
- Las manifestaciones afectivas coinciden con la vivencia del sujeto: _____
- Las manifestaciones afectivas coinciden con la situación ambiental en la que se encuentra: _____
- La expresión afectiva coincide con el contenido ideatorio: _____
- Tiene cambios afectivos bruscos y repetidos: _____
- El sujeto se muestra temeroso o inhibido: _____
- El sujeto irrumpe en llanto de forma súbita: _____
- El sujeto es incapaz de experimentar placer en situación que normalmente producen placer: _____
- Llanto persistente: _____
- Exagerado sentimiento de bienestar inadecuado a la situación: _____
- Incremento de la actividad psicomotora: _____
- Sentimientos inusuales de autosuficiencia: _____
- Sentimientos desagradables de peligro o amenaza a situaciones irreales: _____
- Sentimientos desagradables de peligro o amenaza a situaciones reales: _____
- Sensación de indefensión: Incapacidad para percibir la realidad de la situación amenazante: _____
- Sentimientos de miedo, temor y aprehensión: _____
- Sentimientos de temor a morir o enloquecer: _____

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE AFECTIVIDAD:

Trastornos Cuantitativos

HIPERTIMIAS PLANCENTERAS:

- 1) EUFORIA: Alegría patológica. Sensación y expresión de bienestar excesivo, sin haber una causa aparente o justificada.

HIPERTIMIAS DISPLACENTERAS:

- 1) DEPRESION: tristeza patológica: sensación y expresión de tristeza excesiva sin haber causa aparente justificada.
- 2) DEPRESION COMO SINTOMA: sentirse triste es una cualidad especial de estado de animo que se manifiesta a nivel de sentimientos.
- 3) DEPRESION COMO SINDROME: se refiere a la constelación de signos y síntomas psicológicos, Conductuales y somáticos.
- 4) DEPRESION COMO ENFERMEDAD: Es una entidad nosologica con una etiopatologia conocida o sospechada que implica una escogencia terapéutica bastante especifica.
- 5) ANSIEDAD: se caracteriza por aprehensión y pensión de evolución generalmente continua, acompañada de hiperactividad autonómica y motora.
- 6) ANGUSTIA O PANICO: se manifiesta por ataques o crisis de miedo intenso o hiperactividad autonómica, que se acompaña de miedo a morirse a enloquecerse o perder el control.
- 7) IRRITABILIDAD: en este trastorno el sujeto presenta un estado de atención y tensión exaltados, observándosele descontentos, malhumorado y muy propenso a la agresividad.

ATIMIA, AFECTO APLANADO O ATHIMORMIA:

- 1) Se define como la pérdida del tono afectivo básico como la pérdida de la capacidad de modular afectivamente.

Trastornos Cualitativos

- 1) AFECTO INAPROPIADO: Es un trastorno del afecto en donde el paciente tiene una expresión afectiva que no corresponde al contenido vivenciado.
- 2) PERPLEJIDAD: es una mezcla de asombro, ansiedad e inquietud.
- 3) LABILIDAD AFECTIVA: son variaciones rápidas, bruscas, inesperadas y exageradas del estado de ánimo, no relacionadas con estímulos externos.

- 4) INCONTINENCIA AFECTIVA: incapacidad del paciente para controlar sus respuestas afectivas ante estímulos pequeños.
- 5) “BELLE INDIFERENCE” Es el estado de tranquilidad e indiferencia que muestran los pacientes con trastorno disociativos.

PENSAMIENTO

- Expresa que ha sentido que otra persona quiere incomodarlo, molestarlo o están en su contra:___
- Expresa que tiene algún poder, don o habilidad especial:___
- Expresa que siente que está destinado a conseguir grandes metas:___
- Presenta fuga de ideas:___
- Cambia de oración sin terminar la anterior:___
- Lentitud al responder las preguntas del evaluador:___
- Interrupción del discurso antes de terminar la idea:___
- Discurso impreciso:___
- Discurso superficial:___
- Discurso lleno de divagaciones, evasivas y detalles sin importancia:___
- Logra comunicar lo que desea:___
- Orden y relación entre las ideas que expresa:___
- Discurso entendible:___
- Se presentan palabras sueltas:___
- Construye oraciones:___
- Repite de manera monótona palabras:___
- Repite de manera monótona frases:___
- Expresa que los demás están gobernados por seres, fuerzas u objetos poderosos:___
- Expresa estar bajo la influencia de seres, fuerzas u objetos poderosos:___
- Expresa que sus pensamientos son escuchados por los demás:___
- Creencia de que es engañado:___
- Se atribuye patologías inexistentes:___
- Expresa tener menos habilidades y capacidades que las que en realidad posee:___
- Negativismo sobre su futuro:___
- Se culpa de las dificultades de los demás:___
- Presenta ideas repentinas acompañadas de temor:___
- Le da caracterizaciones a objetos inanimados:___

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA FORMA DEL PENSAMIENTO:

- 1) PARAFASIAS: El enfermo sustituye una palabra por aproximaciones inventa nuevas palabras.
- 2) NEOLOGISMOS: (PALABRAS INVENTADAS. Se encuentra más en pacientes con afasia de Wernicke que en los pacientes con esquizofrenia.
- 3) INCOHERENCIA: trastorno caracterizado por incompreensión del discurso derivado de una alteración en la secuencia o asociación lógica de las palabras y frases.
- 4) DISGREGACION: El pensamiento es comprensible en fragmentos, pero no en su totalidad.
- 5) PERSEVERACION DEL PENSAMIENTO: Tendencia a reiterar sobre una determinada idea o grupo de ideas.
- 6) CIRCUNSTANCIALIDAD: pensamiento divagatorio y prolijo, en donde el paciente de una excesiva información y gran parte de ella tiene que ver muy poco con la idea principal.
- 7) VERBIGERACION: Monótona repetición de palabras y frases.
- 8) TRASTORNOS DEL CURSO DEL PENSAMIENTO:
- 9) TAQUILALIA (verborrea o logorrea) habla rápida y apresurada, que da lugar a frecuentes fugas de ideas. Esto es sinónimo de síndrome maniaco.
- 10) BRADILALIA: (pensamiento retardado o inhibido) corresponde a habla lenta con esfuerzo.
- 11) BLOQUEO DEL PENSAMIENTO: Es la interrupción súbita y breve del discurso hasta ese momento fluido, se acompañan con alteración de la conciencia como sucede en las crisis epilépticas como ausencia y se presenta en pacientes con esquizofrenia.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

- 1) IDEAS SOBREVALORADAS: Es cuando existe un contenido afectivo que hace que una idea cobre mayor prevalencia que otra.
- 2) IDEAS DELIRANTES: Son las ideas elaboradas fuera de la realidad, irrefutables a toda argumentación lógica y sobrevinida patológicamente. SE CLASIFICAN EN:
- 3) IDEAS DELIRANTES PRIMARIAS: Son ideas que no son comprensibles psicológicamente y no se derivan de otros síntomas o sucesos de la vida. Son las ideas delirantes derivadas de otros sistemas o acontecimientos de la vida del paciente que son psicológicamente comprensibles.
- 4) IDEAS DELIRANTES SISTEMATIZADAS: Es la elaboración de ideas coherentes estructuradas y consolidadas, en que partiendo de premisas falsas elabora un sistema delirante con visos de realidad.

- 5) IDEAS DELIRANTES NO SISTEMATIZADAS: Ideas simples, cambiantes y no coherentemente estructuradas en la que no es capaz de argumentar el porqué de sus conclusiones.

Principales ideas delirantes:

- 1) DE PERSECUCION: Tiene la idea que es víctima de una persecución y se comporta como tal.
- 2) DE DAÑO: Manifiesta que le quieren hacer daño o envenenar.
- 3) DE REFERENCIA: Asegura que las personas hablan de el, pero niega que las escuche hablar.
- 4) MISTICAS: Cree estar investido de santidad.
- 5) DE GRANDEZA O MEGALOMANIA: se cree poderoso y acaudalado..
- 6) EROTICAS: Sentirse intensamente amado y perseguido por fines eróticos por alguien que realmente no tiene ningún interés por el.
- 7) CELOTIPICAS; Los pacientes aseguran sin tener ningún fundamento que su pareja le es infiel.
- 8) DE CULPA: haber cometido un acto condenable e imperdonable.
- 9) HIPOCONDRIACA; los pacientes manifiestan padecer de una enfermedad incurable.
- 10) DE BANCARROTA: Ideas de estar en la ruina económica.
- 11) NIHILISTAS: Expresa estar muerto totalmente o una parte de el.
- 12) IDEAS DE MUERTE O SUICIDIOS: ideación sistematizada o intensas de querer morirse y suicidarse.

Otras ideas delirantes no psicóticas:

- 1) OBSESIVAS: son ideas absurdas, persistentes, desagradables, angustiantes y no puede ser suprimida voluntariamente.
- 2) FOBICAS: Miedo irracional a objetos y situaciones que son generalmente peligrosos.
- 3) DE CULPA: remordimiento por conductas anteriores .; Temores a infidelidad.
- 4) HIPOCONDRIACAS. Preocupación persistente por tener una enfermedad somática.
- 5) DE MUERTE O SUICIDIOS. Deseos de morirse o de suicidarse.
- 6) DE MINUSVALIA: Ideas de baja autoestima.
- 7) PESIMISTA: Ideas de fracasar en sus proyectos.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DEL PENSAMIENTO:

- 1) TRASMISION O DIFUSION DEL PENSAMIENTO: las personas creen que sus pensamientos se pueden transmitir telepáticamente a otras personas.

- 2) INSERCION DEL PENSAMIENTO: No reconoce como propio los pensamientos y refiere que han sido insertados en su mente desde el exterior.
 - 3) ROBO DE PENSAMIENTO: describe que sus ideas, son repentinamente robadas por fuerzas extrañas y su mente queda en blanco.
 - 4) CONTROL DEL PENSAMIENTO: El paciente cree que sus Ideas, sentimientos y acciones son controladas desde el exterior
- INSIGHT: (Auto comprensión, auto cognición, “conciencia de enfermedad”.) Se refiere al grado de comprensión que tiene un paciente de darse cuenta de que está enfermo.
 - JUICIO: Es la función mental compleja destinada a la adaptación de la realidad y a la solución de situaciones problemáticas.
 - FUNCIONES CORTICALES SUPERIORES: Son toda aquellas funciones psíquicas caracterizadas por procesos complejos autorregulados, conscientes y voluntarios dependientes de la corteza cerebral.

MEMORIA

- Recuerda su nombre: ____
- Recuerda que le sucedió horas antes de la entrevista: ____
- Recuerda lo que sucedió minutos antes de la entrevista: ____
- Recuerda que hizo durante el día: ____
- Recuerda el color de la ropa que lleva puesta: ____
- Recuerda las actividades que realizó el día anterior: ____
- Reconoce e identifica los objetos a su alrededor: ____
- Reconoce e identifica las personas a su alrededor: ____
- Recuerda lo que reproduce en la entrevista de manera inmediata: ____
- Recuerda los datos de su infancia: ____
- Recuerda los datos de su juventud: ____
- Recuerda los datos de su adultez: ____
- Hasta que edad recuerda: ____
- Evoca información presentada casi de inmediato: ____
- Tiene un incremento en capacidad de memorización (registrar, retener y evocar): ____
- Memoriza sin seguir reglas: ____
- Disminución de la capacidad para memorizar: ____
- Ausencia total de la capacidad para memorizar: ____
- Recuerda lo que los sucesos antes del trauma: ____

- Recuerda lo que los sucesos después del trauma: ____
- Recuerda con claridad el periodo en el que sucedió el trauma: ____
- Olvidó por completo el periodo en el que sucedió el trauma: ____
- Olvido de algunos de los sucesos ocurridos en el periodo del trauma: ____
- No recuerda sucesos por consecuencias emocionales: ____
- Incapacidad para recordar toda la historia de vida: ____
- Recuerdos falsos sobre experiencias pasadas: ____
- Afirmación falsa de haber experimentado algo por segunda vez o repetidas veces: ____
- Afirmación falsa de haber conocido a alguien: ____

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE LA MEMORIA:

Trastornos Cuantitativos

- 1) Amnesia de fijación.
- 2) Amnesia de evocación.
- 3) Amnesia global.
- 4) Amnesia lacunar.
- 5) Amnesia selectiva.

Trastornos cualitativos:

- 1) Confabulación.
- 2) Fenómeno de “deja vu”.
- 3) Fenómeno de “jamais vu”.

- **AMNESIA:** Incapacidad de recordar, teniéndose la conciencia de que los hechos existieron y que se han perdido.
- **De acuerdo a la causa se clasifica en:**
 1. AMNESIA ORGANICA: cuando es secundaria a daño estructural del cerebro o por interferencia de funciones cerebrales (drogas, conmoción cerebral, etc.)
 2. AMNESIA PSICOGENA: cuando derive de conflictos psicológicos.
 3. AMNESIA DE FIJACION: (ANTEROGRAFA O LIMBICA) Es la incapacidad para gravar nueva información tener la capacidad de recordar hechos sucedidos a partir del evento traumático.
 4. AMNESIA DE EVOCACION: (retrograda o cortical) Es la incapacidad de recordar hechos remotos. Se observa en lesiones corticales difusas asociadas a síndromes demenciales. Los pacientes no logran evocar experiencias sucedidas antes del evento mórbido.

5. AMNESIA GLOBAL (RETROANTEROGRAFA): Falla la evocación y la fijación, se observa en las demencias y síndromes amnésicos orgánicos (encefalopatía de Korsakoff).
 6. AMNESIA LACUNAR: Es una variante de amnesia anterógrada que se caracteriza por ser breve, abarcar solo periodos aislados de la vida del paciente y mantiene bastante conservadas otras funciones psíquicas y motoras. Se puede deber a trastornos de la conciencia, episodios isquémicos que afectan el lóbulo temporal.
 7. AMNESIA SELECTIVA: (Electiva o disociativa): se olvidan eventos específicos por el mecanismo de defensa de represión, mientras se recuerdan otros eventos concomitantes. Este es un fenómeno típico de los trastornos disociativos.
- CONFABULACION: es un falso recuerdo de un suceso verosímil que el sujeto cree haber vivido o presenciado. Es frecuente encontrarlos en pacientes con amnesia global y encefalopatía de korsakoff.
 - FENOMENO DE 'DEJA VU': Situación en la que el sujeto ante una situación nueva, experimenta la sensación de haberla vivido, vivenciado u oído.
 - FENOMENO DE 'JAMAIS VU': Ante un lugar o situación familiar el sujeto tiene la sensación de que nunca la ha visto, vivenciado u oído. Ambos fenómenos cuando son intensos y recurrentes corresponden a crisis epilépticas parciales con sintomatología compleja.

SUEÑO

- Tiene algún ritual antes de dormir: Si ___ No ___ ¿Cuál? _____
- Disminuye su estado de vigilia antes de dormir: Si ___ No ___
- Disminución en la capacidad de discriminación sensorial: Si ___ No ___
- Tiempo que demora en quedarse dormido: 30 minutos ___ 1 hora ___ más ___
- Pesadez en los ojos y bostezos: Si ___ No ___
- Disminución en las reacciones m. Si ___ No ___ otras: Si ___ No ___
- Dificultad para quedarse dormido: Si ___ No ___
- Disminución de la cantidad total del sueño: Si ___ No ___
- Presenta interrupciones constantes del sueño: Si ___ No ___
- Interrupción definitiva del ciclo del sueño antes que este haya concluido: Si ___ No ___
- El sueño es reparador: Si ___ No ___
- Exceso de sueño (sensación o duración del sueño): Si ___ No ___
- Aparición del sueño en horas inapropiadas: Si ___ No ___
- Insomnio: menos de 3 semanas ___ más de 3 semanas ___
- Pérdida de la necesidad de sueño: Si ___ No ___

- Tiende a quedarse dormido durante el día: Si ___ No___
- Presenta sobresaltos en medio del sueño: Si ___ No___
- Presenta movimientos bruscos o violentos: Si ___ No___
- Despierta con confusión: Si ___ No___
- Presenta sonambulismo: Si ___ No___
- Tiene pesadillas: Si ___ No___
- Se despierta horrorizado: Si ___ No___
- Incontinencia urinaria durante el sueño: Si ___ No___
- Se despierta por afecciones físicas: Si ___ No___

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

1- DISOMNIAS -Trastornos intrínsecos del sueño. Narcolepsia Apnea obstructiva del sueño (SAOS) Síndrome de piernas inquietas -trastornos extrínsecos del sueño. -trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano

2- PARASOMNIAS

Trastornos del despertar:

Sonambulismo

Terrores nocturnos

Trastornos de la transición vigilia-sueño:

Somniloquio

Parasomnias relacionadas con el sueño Mor:

Pesadillas

Otras parasomnias

Bruxismo

LENGUAJE

Compresión del lenguaje

Muéstreme su nariz

Muéstreme su oreja izquierda

Muestre mi lápiz

Quítese las gafas, sombrero

Mire el techo

Muestre la puerta

Toque su oreja izquierda con su mano derecha

Tome este lápiz y toque mi reloj

Para evaluar la comprensión del lenguaje se puede utilizar la prueba de los tres papeles de Pierre Marie:

He aquí tres papeles, uno pequeño, otro mediano y uno grande. Tire al suelo el pequeño, guarde el mediano y entrégue el grande.

Nominación: Se evalúa mostrándole al evaluado una serie de objetos como libros, sillas, llaves, monedas y pidiéndole que diga el nombre correspondiente a cada uno.

Repetición del lenguaje: la repetición se evalúa pidiendo al examinado que repita palabras como: Carretera Constitución Mecánico Espectador.

Identifica los sonidos que percibe:

Interpreta los sonidos:

Comprende el significado de las palabras:

Comprende las oraciones:

Comprende palabras correspondiente a categorías:

Sustitución de los acentos habituales:

Dificultad en la emisión y el encadenamiento de los fonemas:

Dificultad para encontrar las palabras adecuadas:

Discurso incoherente:

Distorsiones en las palabras:

Inversión y desplazamiento de fonemas:

Omisión de palabras dentro del discurso:

Utilización de palabras inapropiadas:

Ausencia completa del habla:

Repetición de una o más palabras:

Repetición de la última palabra pronunciada:

Repetición de una frase completa:

Dificultad para articular apropiadamente las palabras:

LENGUAJE: Es la comunicación a través de símbolos.

Las deficiencias del lenguaje pueden encontrarse en: la expresión, la comprensión, la repetición, la habilidad de nombrar, la lectura, la escritura.

LOS SINDROMES NEUROPSICOLÓGICOS ASOCIADOS

- Las afasias.
- Las anomias.

- Las alexias.
- Las agrafias.

LAS AFASIAS: Es la pérdida del lenguaje hablado secundario a danos específicos de la corteza cerebral, caracterizado por la inhabilidad que presenta un paciente para comprender expresar las palabras.

AFASIA EXPRESIVA: (de broca o motora) se caracteriza por la pérdida de la capacidad de expresarse verbalmente, por escrito o por gestos secundario a lesiones del área de broca.

AFASIA RECEPTIVA (O DE WERNICKE) Se caracteriza por la incapacidad para comprender el lenguaje hablado, escrito y gestual como consecuencia de una lesión en el área de wernicke.

AFASIA DE CONDUCCION: Es la única afasia fluente en la que la comprensión esta conservada y la repetición de palabras está muy alterada. La lesión está localizada en el fascículo arcuato que interconecta el área de Wernicke y de Broca.

AFASIA GLOBAL: Tiene alterada todas las funciones del lenguaje, incluyendo el habla espontánea, la comprensión de lo que se dice, repetición de palabras, lectura en voz alta, y comprensión de lectura y escritura.

NOMIA: Es la capacidad de nombrar objetos o de reconocer sus nombres. Su alteración se denomina anomia, puede tomar forma de parafasias o fallar en dar una respuesta.

LECTURA: Es la función neuropsicológica compleja que es aprendida y está sujeta a influencias culturales y educacionales.

ALEXIA: Es la inhabilidad para leer causada por daño cerebral.

GNOSIA: Es la habilidad para comprender el significado o para reconocer la importancia de varios estímulos.

AGNOSIA: Es la incapacidad de reconocer objetos familiares por medio de los sentidos estando estos intactos.

PROSOPAGNOSIA: Es la incapacidad que manifiesta un paciente para identificar rostros familiares

ASTEREOAGNOSIA: Es la perdida de la habilidad para reconocer objetos por medio del tacto teniendo la sensibilidad

Intacta.

ANOSOGNOSIA: Es el desconocimiento o ignorancia de la existencia de un defecto corporal o de una enfermedad.

AMUSIA: Es la pérdida de la habilidad para reconocer pieza musicales populares o entonarlas.

APRAXIA: Es la incapacidad de ejecutar coordinadamente movimientos comunes aprendidos, en ausencia de un trastorno motor o sensorial justificante.

HABILIDAD DE COPIAR DIBUJOS: Esta prueba evalúa la integridad de la destreza viso espacial, donde se analizan los errores que se cometen.

CALCULIA: Es la habilidad para realizar operaciones matemáticas. La incapacidad para efectuar cálculos matemáticos se denomina ACALCULIA.

ABSTRACCION: Es la más desarrollada de las funciones corticales superiores y es un buen indicador de la función intelectual general.

TIENE POR LO MENOS DOS COMPONENTES:

1. La adquisición del conocimiento intrínseco de las cosas prescindiendo de sus cualidades materiales, y
2. La habilidad de hacer generalizaciones validas sobre cosas después de adquirir dichos conocimientos.

SENSOPERCEPCIÓN

ILUSIONES

¿Estando despierto ha visto las cosas deformadas?

Alucinaciones visuales

¿Ha tenido visiones que usted solo ve?

Alucinaciones auditivas

¿Ha escuchado voces que le hablan?

Otras ¿Ha sentido olores extraños o feos que otros no los huelen?, ¿Ha sentido cosas raras en su cuerpo, como si lo tocaran o movieran no habiendo nadie presente?

Nota: en ocasiones, a través de la inspección, podemos detectar indicios de que el paciente esta alucinando cuando se queda mirando un punto fijo o vuelve la cabeza para escuchar algo, o trae tapones en los oídos o se tapa la nariz para no sentir voces y olores.

HAY TRES TIPOS DE SENSACIONES:

1. **SENSACIONES EXTEROCEPTIVAS:** son las provocadas por estímulos externos y que recogemos por medio de los órganos de los sentidos. Se clasifican en: táctiles, térmicas, dolorosas, olfativas gustativas, visuales y auditivas.

2. **SENSACIONES PROPIOCEPTIVAS:** nos permiten darnos cuenta de los movimientos y cambio de posición de nuestro cuerpo. Las impresiones que se producen se llaman sensaciones cinestésicas.

3. **SENSACIONES INTEROCEPTIVAS:** proceden de la víscera de la economía y son provocadas por fenómenos mecánicos y químicos. A través de estas nos damos cuenta de que tenemos sed, hambre, dolor vesperal, plenitud estomacal y vesical, nauseas, y sensaciones sexuales. Las impresiones que lo producen se denominan sensaciones cenestésicas.

TRASTORNOS DE LAS SENSACIONES:

1. **TRASTORNOS CUANTITATIVOS:**

HIPOESTESIA: disminución de uno o varios tipos de sensibilidad. Puede ser generalizada o localizada.

ANESTESIA: Abolición de uno o más tipos de sensibilidad.

ANALGESIA: pérdida de la sensibilidad al dolor. Puede ser generalizada o localizada.

HIPERESTESIA: aumento de la sensibilidad en general, las más frecuentemente encontradas son hiperalgesia, la “fotofobia”, y la hiperacusia.

2. TRASTORNOS CUALITATIVOS:

PARESTESIAS: sensaciones desagradables como cosquilleo, hormigueo, punzadas, tirones. Estas son encontradas en psiquiatría asociadas a trastornos de ansiedad o por depresión.

PERCEPCION: es la elaboración psíquica que se hace de las sensaciones por lo tanto son sometidas a interpretación y análisis.

TRASTORNOS DE LA PERCEPCION:

TRASTORNOS CUANTITATIVOS:

HIPERPERCEPCION: el sujeto capta, en mayor número y con más intensidad los estímulos, con la consecuente distractibilidad, como se observa en pacientes maníacos o intoxicados por drogas. Otro tipo de hiperpercepción se ve en los pacientes hipocondríacos que perciben con mayor intensidad los movimientos gastrointestinales y cardiacos.

HIPOPERCEPCION: el paciente capta los estímulos con menor número e intensidad y se ve en pacientes depresivos, conversivos, estado hipnótico y delirio.

APERCEPCION: ausencia de percepción que afecta uno o varios sentidos por lesión del sistema nervioso central o por un mecanismo psicológico de tipo conversivo.

TRASTORNOS CUALITATIVOS:

ILUSION: Es la percepción distorsionada de un objeto.

ALUCINACION: es la percepción sin un objeto. En la ilusión el paciente deforma el estímulo sensorial real, mientras en la alucinación, el percibe (inventa) un objeto que no existe y está seguro de que su percepción es correcta.

SE CLASIFICAN EN: auditivas, táctiles, visuales, gustativas, olfativas, cinestésicas, cenestésicas, hípnicas.

ALUCINACIONES AUDITIVAS:

ALUCINACIONES AUDITIVAS COMPLETAS: el paciente las percibe en una forma clara, provienen de afuera de la cabeza del enfermo, son varias voces que conversan entre sí y hablan del paciente en tercera persona. Son típicas de la esquizofrenia.

ALUCINACIONES AUDITIVAS INCOMPLETAS: faltan algunas de las características anteriores. Se presentan en cualquier psicosis.

ALUCINACIONES AUDITIVAS ELEMENTALES O PRIMITIVAS; El paciente no oye voces humanas sino, ruidos, pasos, cadenas, martillazos, aullidos. Se observan en psicosis como parte de las crisis epilépticas parciales.

ALUCINACIONES VISUALES: van desde simples escotomas, hasta las escénicas y son características de los síndromes cerebrales orgánicos. No es remoto encontrarlas en pacientes con psicosis esquizofrénica.

ALUCINACIONES GUSTATIVAS: siempre se encuentran asociadas a un trastorno del pensamiento. Son raras fácilmente se confunden con ideas delirantes.

ALUCINACIONES OLFATIVAS: el la mayoría de los casos son desagradables (cacosmia) y se presentan por descargas epilépticas procedentes del uncus.

ALUCINACIONES TACTILES: por lo general el paciente siente animales pequeños caminando debajo de su piel, otras veces tiene sensaciones eléctricas, sexuales, ect.

ALUCINACIONES CINESTESICAS: el enfermo siente que lo mueven lo levantan o que oscila. Se presenta en paciente con esquizofrenia.

ALUCINACIONES CENESTESICAS: Percibe que sus órganos están petrificados o cambiados de lugar o atravesados por un rayos, etc. Frecuentemente observadas en depresiones psicóticas y en esquizofrenias.

ALUCINACIONES HIPNICAS: son las alucinaciones que se presentan al irse durmiendo despertando, respectivamente. Se presentan normalmente y en forma patológicas en la narcolepsia y en los trastornos de pánico.

JUICIO

En la entrevista se le realiza al paciente las siguientes preguntas:

¿Qué hará usted al salir del consultorio, hospital?

¿Qué hará si las cosas no salen como las ha planteado?

¿Cómo piensa afrontar su problema?

¿Qué metas tiene a corto, mediano y largo plazo?

Se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Determinar si el paciente tiene o ha tenido alucinaciones o ideas delirantes lo que indicaría pérdida del juicio de la realidad.

2. Si hay ausencia de alucinaciones, evaluar existencia de criterios sociales habituales de realidad, evaluar la conducta menos aceptados socialmente o la más extraña observada en el paciente y preguntarle acerca de ella, si no es capaz de entender el cuestionamiento ni de dar una explicación de la situación, indicaría pérdida del juicio de la realidad.

PSICOMOTRICIDAD

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA MOTORA:

AGITACION PSICOMOTRIX: es un estado agudo de exaltación motora en la que el paciente se mueve rápida y constantemente, grita y golpea y por su potencial de violencia se convierte en una emergencia psiquiátrica.

HIPERACTIVIDAD: aumento de la actividad dirigida a una finalidad concreta. Es uno de los síntomas del síndrome maniaco.

HIPOACTIVIDAD: disminución de cantidad y velocidad de la conducta motora dirigida a un propósito. Se observa en la depresión.

INHIBICION PSICOMOTORA: Incapacidad de convertir un impulso de la voluntad en una acción. Un ejemplo es el trastorno conversivo y la parálisis del sueño.

ESTUPOR PSICOMOTOR: analgesia y ausencia de todas actividad verbal, mímica y de movimiento. Sin alteraciones de la conciencia, que se produce por una abulia máxima.

CATALEPSIA: es una estereotipia postural en la que se presenta inmovilidad constante y prolongada en una misma posición. Las posturas pueden ser extrañas e incómodas y su mirada se fija en el espacio.

FLEXIBILIDAD CERA: el paciente adopta pasivamente las posturas en que se le coloque al igual que estar modelando una estatua de cera. Es un síntoma característico de la catatonía.

MANIERISMO: son movimientos estereotipados que consisten en actos y gestos sencillos innecesarios que el paciente realiza en el curso de sus actividades. La característica fundamental es la falta de autenticidad o de naturalidad.

RITUALES: Son actos complicados y repetitivos, con una finalidad solo conocida por el paciente y se asocia generalmente ideas delirantes y obsesiva.

PALIOCINECIAS: Son movimientos estereotipados de origen muy primitivo en la evolución motora, que se caracteriza por movimientos de cabeza hacia delante y atrás, se mecen o hacen chupeteo. Se observa en retraso mental, esquizofrenia y demencia.

TICS: Son movimientos involuntarios, rápidos, reiterados, arrítmicos que por lo general afectan a un grupo circunscrito de músculos o una focalización.

Los tics se observan en trastorno por ansiedad, el síndrome de Píllis de la Tourette y en encefalitis.

COMPULSIONES: Son actos voluntarios y repetitivos derivados de impulsos o temores obsesivos y en los que el paciente siente una necesidad apremiante e irresistible de ejecutarlo.

PERSEVERACION MOTORA: Rígida repetición o persistencia de un acto ante variados estímulos, por lo general secundarios a lesiones frontales.

AMBIVALENCIA MOTORA: Trastorno en la que el paciente ejecuta impulsos opuestos a un propósito.

OBEDIENCIA AUTOMATICA: Ejecución automática de las ordenes aun exponiendo su propia seguridad física.

ECOPRAXIA Y ECOLALIA: Repetición de movimientos y de palabras, que se ejecutan frente al paciente, respectivamente.

NEGATIVISMO: Renuncia o resistencia inmotivada a realizar una acción. El mutismo puede ser un ejemplo de negativismo.

ASTASIA_ABASIA: Es una ataxia de tipo conversivo en la que el paciente es incapaz de estar de pie o caminar sin tener déficit motor y todos los movimientos de pierna pueden ser ejecutados normalmente mientras este acostado o sentado. Se asocia con trastorno conversivo.

TRASTORNOS MOTORES NEUROLÓGICOS FRECUENTES EN PSIQUIATRÍA:

TEMBLORES: Son los movimientos rítmicos o alternos de una o varias articulaciones que resultan de la contracción de grupos musculares opuestos.

SE CLASIFICAN EN:

1.-**TEMBLORES INTENSIONALES, ESTÁTICOS, O DE REPOSO:** Pueden ser de origen familiar, senil, metabólico, tóxico, degenerativo, y por ansiedad. Y puede ser parte del síndrome parkinsoniano secundario al uso de antipsicótico.

2.-**TEMBLORES INTENSIONALES:** que aparecen con la actividad y desaparecen en reposo. De origen cerebeloso.

3.-**TEMBLORES POSTURALES:** ocurren durante el mantenimiento de una postura intencional, secundarios a lesiones de la vía cerebelosa eferente.

FASCICULACIONES: contracciones de una parte de los músculos, debida a una descarga de la neurona motora inferior.

MIOCLONIAS: contracciones de uno o varios músculos, que generalmente no producen movimientos de las articulaciones.

MOVIMIENTOS COREICOS: son movimientos o saltos, irregulares, sin finalidad, constantemente variables afectando miembros tronco y cara.

DISTONIAS: Son contracciones musculares sostenidas que frecuentemente causan flexión y movimientos repetitivos o posturas anormales.

DISCINECIAS: Son movimientos involuntarios, repetitivos, estereotipados y bizarros de la boca, lengua, maxilares y cara que se presentan tardíamente por el uso de antipsicóticos.

CRISIS OCULOGIRAS: Son movimientos diatónicos de los ojos hacia arriba que se observan como efecto secundario agudo en el uso de antipsicóticos y como secuelas de encefalitis viral.

ACATISIA: Inquietud o desasosiego que los pacientes localizan en sus músculos que les impide mantenerse quietos.

CONVULSIONES; Son contracciones involuntarias de tipo tónico-clónica que afectan parcial o totalmente los músculos del cuerpo.