



ASPECTOS BASICOS DEL EXAMEN MENTAL

Psiquiatría 1 y 2
5° año de medicina
Universidad Finis Terrae

Dr. Rubén Nachar
Ps. Carmen Paz Castañeda
Dr. Cristián Mena
Dr. Alfonso González

2018

Introducción

El examen mental es el instrumento semiológico en psiquiatría que nos ayuda a identificar los signos y síntomas psicopatológicos para un adecuado diagnóstico. Al igual que en el resto del quehacer médico, muchas veces debemos hacer diagnósticos sindromáticos en un principio (que nos lleva a plantear los diagnósticos diferenciales pertinentes) para posteriormente precisar un diagnóstico etiológico. El siguiente documento es una referencia inicial que intentará describir los principales signos y síntomas psicopatológicos esenciales para una descripción adecuada de los diferentes cuadros psiquiátricos.

A modo explicativo, se analizará el aparato psíquico con una mirada integrativa desde 3 áreas:

I. ELEMENTOS DEL VIVENCIAR

Elementos básicos que constituyen el aparato psíquico. Lo diferencian las siguientes áreas:

- Sensación, percepción y representación
- Pensamiento
- Afectividad
- Psicomotricidad/conducta

II. INSTRUMENTOS DEL VIVENCIAR

Elementos Cognitivos o Neuropsicológicos con los cuales accedemos y procesamos la realidad. Se subdividen en:

- Conciencia
- Atención
- Lenguaje
- Memoria
- Funciones Ejecutivas
- Funciones Visuoconstructivas
- Funciones Práxicas e Ideomotoras
- Gnosis – Anosognosia – Heminégligencia – Conducta

III. ASPECTOS BASICOS DE LA PERSONALIDAD

Concepto integrador de las diferentes áreas del aparato psíquico.

I. Elementos del vivenciar

1) Sensación, percepción y representación

La **sensación** se inicia en los **órganos sensoriales**, a partir de un estímulo, y se transmite a diferentes zonas cerebrales. Las

Sensaciones que el ser humano es capaz de registrar son: luz y colores, sonidos y ruidos, temperatura, tacto, gusto, olfato, presión y tensión, dolor.

Los **trastornos de las sensaciones** pueden deberse a lesiones físicas (donde existe una lesión demostrable del órgano sensorial) y/o funcionales (donde no es posible demostrar una lesión del órgano sensorial). Los cuadros que pueden producirse se denominan según la sensación u órgano sensorial involucrado: Amaurosis (pérdida de la visión); anacusia (pérdida de la audición); anosmia (pérdida del olfato); ageusia (pérdida del gusto); parestesias; hipo-hiperestesia, anestesia; agnosia (pérdida del reconocer); parestesias; plejias; sinestesias (donde un estímulo evoca otro estímulo). Las alteraciones funcionales (psicógenas) de las sensaciones deben evaluarse (y comprobarse) según las características anatómicas de las vías nerviosas. Muchos síntomas llamados “*conversivos*” se manifiestan a través de alteraciones en las sensaciones (por ejemplo, parestesias de origen psicógeno).

A partir de los órganos sensoriales, la información se transmite hacia diferentes zonas cerebrales (por ejemplo, visión en corteza occipital) y ocurre la toma de “conciencia” por parte del sujeto de aquella sensación, transformándose en una **percepción**. La **percepción** es la elaboración psíquica del espacio objetivo externo. Sin embargo, es una interpretación de la sensación. Este espacio objetivo externo es vivenciado como corpóreo; externo; completo; con la “frescura” que da lo sensorial; son independientes de la voluntad (“me llega a través de los sentidos”) y es constante (es decir, el sistema auditivo está permanentemente recibiendo estímulos). Por ejemplo, lo que percibimos como un color, es la impresión que producen en la retina los rayos de luz reflejados y absorbidos por un cuerpo, según la longitud de onda de estos rayos. La percepción de los colores es un fenómeno subjetivo (pueden distinguirse innumerables “colores rojos”, según la cantidad de luz ambiente o la distancia en que encuentra el objeto). Por último, a través de un consenso, le damos un nombre específico a lo observado: “rojo”. Los **trastornos de la percepción** pueden dividirse en:

a) *Alteraciones cuantitativas de la percepción*: intensificación; retardo; o debilitamiento de la percepción. Por ejemplo, en el episodio maníaco, existe una intensificación y aceleramiento de la percepción debido a la exaltación anímica y los colores pueden percibirse más intensamente; o asimismo, en una depresión severa puede haber un retardo y enlentecimiento de la percepción.

b) *Alteraciones cualitativas de la percepción*:

b.1) *Ilusión*: percepción falseada o distorsionada de un objeto real. Puede producirse por inatención (por ej. en un compromiso cualitativo o cuantitativo de conciencia) o secundario a

un estado anímico (lo que se llama “ilusión catatímica”) o a otra patología. Ejemplo: “estoy seguro que la sombra que vi (estímulo real) es mi padre...”.

Otro tipo de ilusiones patológicas son las macropsias o micropsias (aumento o disminución de lo que se ve) o metamorfosis de lo percibido; o la distorsión de la percepción en la diplopía; o las llamadas “Ilusiones Oníricas”, relacionadas con la disminución en el estado de vigilia.

b.2) Alucinaciones (o alucinación vera): “Es la percepción sin objeto real”. Tiene las características de la percepción: corpóreo; externo; completo; con la “frescura” que da lo sensorial (es decir, se percibe muy claramente). Por ejemplo, la alucinación visual de animales o insectos que describen quienes presentan un Delirium por abstinencia de alcohol.

Tipos de alucinación: (Según el órgano sensorial comprometido o alterado)

- auditivas; visuales; olfativas y gustativas; Táctiles; Cenestésicas (propio o enteroceptivas); Hipnagógicas (al dormir) o Hipnopómpicas (al despertar);

El juicio que se hace de la alucinación es variable: desde tener la certeza absoluta de que está ocurriendo y dar una interpretación a la alucinación (llamado “interpretación delirante”) hasta considerarla como insólita, irreal y donde se reconoce el carácter patológico de la misma. Esto último se denomina ALUCINOSIS.

La **representación**, en cambio, son imágenes que surgen en la conciencia, reconocidas como un producto de sí misma; carecen de vivacidad, nitidez y frescura sensorial, son íntimas y ocurren en el espacio subjetivo. Dependen totalmente de la actividad psíquica y pueden ser modificadas por la voluntad. Se diferencian claramente de la percepción ya que pueden ser basadas en algo percibido anteriormente (por ejemplo, la representación mnésica o recuerdo invocado por la memoria) o en algo percibido previamente con variaciones o lo totalmente creado o fantaseado.

Tipos de representaciones: MNEMICAS: (Recuerdo); FANTÁSTICA: (Imaginación) IMAGEN EIDÉTICA O INTUITIVA (imágenes de objetos ya vistos). Se inducen a voluntad. IMAGEN ONÍRICA: Imágenes o contenidos de los sueños.

Los **Trastornos de la Representación** son llamados “**pseudoalucinaciones**”. Se diferencia de la alucinación de la misma forma en que se distinguen la representación y la percepción normal.

Tipos de pseudoalucinaciones:

- Pseudoalucinaciones auditivas o verbales: por ejemplo: el “eco del pensamiento” dentro de la cabeza; o “inserción del pensamiento...”
- Las pseudoalucinaciones visuales donde, por ejemplo, se observa con los ojos cerrados.
- Las pseudoalucinaciones verbo-motoras, por ejemplo, donde el sujeto cree que a través de él hablan otras personas.
- Las pseudoalucinaciones del recuerdo: aparece un recuerdo en la mente del sujeto que nunca ha ocurrido.

	Percepción	Representación
Experiencia	Corpórea; con “frescura sensorial”	Imaginario; más difusa; poco clara
Ubicación	Espacio Exterior	Espacio Interior
Forma	Determinada-Precisa-Definida	Indeterminado-Impreciso-Incompleto
Constancia	Retención fácil; estable y permanente en lo exterior	Retención Inconstante e inestable (ocurre en el interior del psiquismo)
Voluntad	No puede ser evocada ni modificada	Puede ser evocado y modificado

2) Pensamiento

Entendemos por pensamiento al flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, y que se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo verbal) o a través de la acción (pensamiento práctico).

Podemos, entonces, entender como pensamiento normal, aquel en que el observador puede seguir la secuencia verbal o ideacional del discurso, que respeta las reglas fundamentales de la lógica y que cumple un objetivo o meta.

Se desprenden de esta descripción distintos niveles para analizar el pensamiento: **estructura o curso formal del pensamiento; el contenido del pensamiento; la velocidad del pensamiento; y el control del pensamiento.**

Para observar la **estructura** del pensamiento, es necesario poner atención al uso que el paciente da a las palabras, su concordancia con usos gramaticales, y los principios lógicos inherentes al discurso como son el orientarse a una meta y respetar el principio, por ejemplo de no contradicción.

Características del Pensamiento Normal:

ES ORGANIZADO (A NIVEL ESTRUCUTURAL): se organiza de la siguiente manera: Cada uno tiene un universo de ideas, este es el “contenido”, una idea puede adquirir mayor relevancia (mayor carga afectiva e interés), a ésta se denomina: *IDEA DIRECTRIZ* la cual es el tema central del pensamiento en un momento determinado, esta idea se va desplazando, lo que se llama “Curso” (Desarrollo del tema) que se dirige a una finalidad del pensamiento que es exponer el tema central. La idea directriz tiene 2 funciones:

- Rige el curso del pensamiento.
- Permite que el pensamiento llegue a su finalidad.

También existen las IDEAS SECUNDARIAS que son aquellas que pueden tener una mayor o menor relación con la idea Directriz. Complementando la idea central.

El pensamiento normal se caracteriza por

- SER COHERENTE: No tiene estructura aleatoria, el pensamiento normal se estructura en base a las leyes de asociación (son las que estudia la lógica) Ej. Principio de la no contradicción.
- SER FLEXIBLE: Es a capacidad reflexiva y de corrección de las ideas.
- TENER UN POTENCIAL PRÁCTICO y COMUNICATIVO: Se refiere a que el pensamiento es concebido como un ensayo de acción o que tienen la potencialidad de llevar a cabo acciones concretas y de comunicación efectiva con sí mismo y con otros.

La **velocidad** del pensamiento se refiere a que las ideas requieren de un tiempo suficiente para que sean ordenadas e hiladas y puedan dirigirse a un objetivo, donde la idea central se acompaña de detalles necesarios para una adecuada comunicación. La velocidad del pensamiento es subjetiva, pero puede observarse externamente a través del lenguaje.

El **contenido** del pensamiento, son las ideas y éstas son configuradas a partir de las experiencias y el conocimiento que adquirimos del mundo que nos rodea. A través de las ideas interpretamos nuestras experiencias internas y externas. Las ideas están directamente relacionadas con el desarrollo cognitivo. Por ejemplo, en la niñez nuestras ideas son concretas debido a que no se cuenta con el desarrollo cognitivo para elaborar ideas lógico-abstractas. Existen infinitos tipos de ideas, los cuales podemos agrupar, por ejemplo, en ideas que hablan sobre ciertos temas: ideas religiosas o místicas; ideas sobre sí mismo; ideas de daño o persecutorias; ideas mágicas o supersticiosas; etc.

El **control** del pensamiento se refiere a que somos capaces de dominar lo que pensamos; a que nuestros pensamientos son propios y a que somos capaces de controlar su aparición o término.

Algunos textos de psicopatología incorporan el **lenguaje** en la evaluación del pensamiento (ya que es a través del cual se expresa el pensamiento). El lenguaje será analizado en la sección Instrumentos del Vivenciar.

Alteraciones de la estructura del pensamiento

PENSAMIENTO CIRCUNSTANCIAL O DETALLISTA: Tipo de pensamiento existe una dificultad para distinguir lo esencial de lo accesorio. Se "Rodea" la idea central o directriz con un excesivo uso de detalles. Se ha descrito como un pensamiento "de relleno". Se observa, por ejemplo, en patologías donde hay alguna disfunción cognitiva (por ejemplo, en alteraciones cognitivas secundarias al consumo crónico de OH).

PENSAMIENTO TANGENCIAL: Flujo de ideas relacionadas entre sí, que no llegan a la idea principal o respuesta. Se interpreta que se evita el tema central ya que genera una intensa angustia.

PENSAMIENTO ESCAMOTEADOR: Se evita un tema en forma voluntaria. Se relaciona con una conducta opositora y donde logra observarse una ganancia secundaria al no responder lo preguntado.

PARARESPUESTA O RESPUESTA DE LADO: Es una respuesta en general más breve, donde se responde una idea que no tiene ninguna asociación con lo preguntado. Se presenta, por ejemplo, en la psicosis.

PENSAMIENTO CONCRETO: Se aprecia donde existe un déficit en la capacidad de abstracción y generalización (en aquellas personas donde, por edad, deberían observarse un pensamiento abstracto). No logra inducir o deducir otras ideas de una central o de referencia. Se observa en la discapacidad intelectual o en patologías donde hay alguna disfunción cognitiva secundaria.

CONCRETISMO REIFICANTE: Alteración de la estructura del pensamiento donde las ideas abstractas son “invadidas” por un pensamiento concreto. Es una alteración de la estructura del pensamiento observada en la esquizofrenia.

PENSAMIENTO PERSEVERATIVO: Repetición de ideas, frases o palabras. Asociado a un pensamiento concreto. La respuesta tuvo relación en un primer momento con la pregunta realizada.

PENSAMIENTO RESTRINGIDO O POBREZA DE PENSAMIENTO: El universo de las ideas se encuentra restringido o limitado o escasos temas. Las respuestas son breves por ausencia de riqueza ideacional.

PENSAMIENTO PUERIL (de “púber”) O INFANTIL: Se refiere a pensamientos con contenidos muy simples o superficiales donde se usan parámetros propios de la niñez (Egocentrismo, pensamiento mágico, o animismo).

PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO: Se relaciona con la repetición de una idea, pero no necesariamente desde el pensamiento concreto o desde la perseverancia. La respuesta no tiene que ver con lo que se pregunta.

NEOLOGISMOS: Se refiere a la creación o deformación de palabras que tienen un significado especial solo para quien los emite, pero que resulta incomprendible desde los consensos de nuestro lenguaje. Quienes presentan neologismos, no los explican a sus interlocutores. Son propios de la psicosis. Se pueden generar por medio de 3 mecanismos:

Contaminación: Fusión de sílabas de distintas palabras.

Condensación: Fusión de conceptos. Ej. Hosquear = asco-hocico-besar.

De uso: Incorrecta utilización de palabras en una frase. “Voy a subir encendidamente la escalera...”

Onomatopoyesis: Palabra que surge en base al ruido al que se quiere hacer referencia

METÓMINOS: tipo de neologismos. Uso de conceptos aproximados en vez de los que habitualmente se usan.

ASOCIACION POR CONSONANCIA: Construye su discurso en base a los sonidos de las palabras más que en el significado. El resultado son asociaciones laxas del pensamiento (ver más abajo).

BLOQUEOS: Se refieren a una detención en el discurso del sujeto. Por lo general, no se retoma la idea de lo que estaba hablando. En ocasiones hay una asociación con el fenómeno de mente en blanco. Se observa en cuadros psicóticos.

MENTE EN BLANCO: Períodos breves o largos en el que no se tiene ningún pensamiento, lo que lleva a que el paciente no hable. Puede traducirse en un franco mutismo. Se observa en cuadros psicóticos.

PENSAMIENTO AMBIVALENTE: Aparece una idea y su opuesta simultáneamente, sin tener conciencia de vulnera el principio de no contradicción. Se observa en cuadros psicóticos.

PENSAMIENTO DISGREGADO: Consiste en la pérdida del principio de finalidad, es decir, no existe un concepto hacia el cual apunte el pensamiento. El pensamiento tiende a “descarrilarse” o “desordenarse”. Al interlocutor le cuesta comprender lo que se intenta decir. Pueden aparecer neologismos, pensamientos estereotipados, ideas bizarras, concretismo reificante; ambivalencias y otras alteraciones del curso formal del pensamiento. Para el individuo, existiría una “lógica interna”, por lo cual no está consciente del desorden del pensamiento. El pensamiento disgregado tiene un grado menor de alteración, denominado pensamiento “laxo” o “laxitud de las asociaciones” y un grado extremo denominado “Ensalada de palabras o Jergafasia”. Propio de cuadros psicóticos, especialmente esquizofrenia.

PENSAMIENTO INCOHERENTE: Pensamiento en que también está perdido el principio de finalidad, sin embargo las ideas “saltan” sin conexión. Da la impresión que el paciente no tiene control sobre las ideas ni su discurso tendría una “lógica interna”. Se asocia con diferentes grados de compromiso de conciencia.

Alteraciones del contenido del pensamiento

La evaluación del contenido ideacional, se refiere a las ideas que transmitimos y que queremos comunicar. Evidentemente existen infinitos contenidos del pensamiento como personas que los emiten (por ejemplo, ideas de culpa, ideas de muerte, ideas suicidas, ideas acerca de si mismo, ideas sobre los otros, ideas sobre la realidad, ideas sobre nuestros problemas o dificultades, etc). Sin embargo, la evaluación del contenido implica no solamente si estos son delirantes o no, sino que también, con cuánta intensidad cognitiva y emocional son presentados; el juicio que podemos tener acerca de nuestras ideas, entre otros aspectos. Las ideas pueden observarse en un “continuo” Por ejemplo, las ideas de celos pueden ser normales y esperables (por ejemplo, en una situación real de infidelidad); pueden ser “sobrealoradas”, donde la persona reconoce que son excesivas, de alta intensidad emocional, pero que las reconoce como tales; y finalmente la idea de celos puede ser delirante cuando se afirma con certeza y no corresponde a la realidad.

IDEAS DELIRANTES

Según Jaspers, las ideas delirantes son apodícticas (certeza y convicción inamovible), incorregibles (con argumentaciones o influenciadas por la experiencia) y absurdas (incomprensibles e imposibles, donde el delirio es una realidad). Se pierde el juicio de la realidad. Detrás del concepto de juicio de realidad, está implícito el concepto de consenso de realidad que compartimos en las diferentes sociedades. Por ejemplo, para ciertas culturas, hay creencias que para otras pueden ser absurdas e incomprensibles, pero no por eso delirantes. Dentro del juicio de realidad debe estar la comprensión de las cosas de una forma intercultural. Por ejemplo, al exponer una creencia propia de mi cultura, debo tener la capacidad de comprender que es una creencia que puede no ser compartida por otros.

Se dividen en 3 grupos:

- 1) **IDEA DELIRANTE PRIMARIA:** La idea relatada es incomprensible y surge desde una vivencia patológica, interna y subjetiva. No logra reconocerse el origen de la idea. Por ejemplo, el paciente esquizofrénico refiere con certeza, que está siendo grabado por cámaras en todos los lugares donde va.

Para Schneider, psicopatólogo clásico, las IDEAS DELIRANTE DE PRIMER ORDEN (o primarias) tienen su origen en:

a. PERCEPCIONES DELIRANTES PRIMARIAS: Lo que se percibe se interpreta o se le da una significación delirante. Por ejemplo, "...las personas que conversan en la calle, están hablando de mí y planificando algo en mi contra..." (lo que se plantea con certeza delirante).

b. OCURRENCIAS DELIRANTES: Las ideas delirantes se asocian a pseudoalucinaciones o a ideas propias del individuo. Es una idea delirante primaria por definición.

- 2) **IDEA DELIROIDE:** Las ideas surgen desde el estado de ánimo del paciente. Por ejemplo, en el episodio maníaco, aparecen ideas de tener muchos proyectos y capacidades que son secundarios a la euforia. Se denominan también ideas "catatímicas".
- 3) **IDEA DELIRIOSA:** Surgen en pacientes con compromiso cuantitativo de conciencia o estados confusionales. Son cambiantes, transitorias, inestables. Propias del Delirium.

Las ideas delirantes pueden relacionarse con sí mismo o con el entorno y la relación con otros. Las *ideas delirantes en relación a sí mismos* pueden ser: hipocondríacas, de culpa, de ruina, de filiación, de grandiosidad; místicas; de fragmentación; de contaminación; de transformación; por nombrar algunas. *Las ideas delirantes en relación al entorno* pueden ser de persecución; desrealización; de celos; de contaminación; por nombrar algunas.

CONCEPTOS RELACIONADOS:

DELIRIO: Conjunto de ideas delirantes

DELIRIO SISTEMATIZADO: A partir de una idea delirante originaria, se va construyendo un sistema delirante.

DELIRIO ENCAPSULADO: Ideas delirantes a las cuales el paciente presta escasa atención y que tienen poca incidencia en la vida diaria del paciente.

RACIONALISMO MÓRBIDO: Conjunto de ideas anormales con las cuales se intentan explicar las ideas delirantes. Se ven claramente influenciadas por la disgregación del pensamiento.

Alteraciones de la velocidad del pensamiento

Es la experiencia subjetiva de la velocidad del pensamiento, que se manifiesta internamente (por ejemplo, "siento mis pensamientos muy acelerados...no puedo parar de pensar...") y la mayoría de las veces se puede objetivar a través del lenguaje (llamado verborrea).

- 1) TAQUIPSIQUIA: Aumento de la velocidad del pensamiento. Puede llevar a:
 - a. **Pensamiento ideo-fugal:** El sujeto salta de un tema a otro, por lo general tomando elementos del mundo externo y los incorpora en su discurso (hiperatento). Se asocia a un estado de ánimo exaltado o euforia. A pesar del aumento de la velocidad, lo podemos entender, y seguir los “saltos” entre las ideas y nos resulta comprensible y contagioso desde la afectividad.
 - b. **Fuga de ideas:** Asociado a un grado máximo de taquipsiquia. Encontramos que la asociación de ideas se ve incomprensible y no se logra establecer una relación entre las ideas.

- 2) BRADIPSIQUIA: Disminución de la velocidad del pensamiento. Se traduce en una inhibición del pensamiento y el sujeto lo manifiesta de tal forma: “me cuesta pensar...siento mis pensamientos lentos...” y se observa generalmente en cuadros depresivos. Puede llegar a la ausencia total del pensamiento (por ejemplo, en un estupor depresivo).

Alteraciones del control del pensamiento

Es una vivencia subjetiva en la cual los sujetos reconocen ideas propias que no logra controlar. Son intrusivas, es decir, “aparecen” sin control subjetivo. Muchos de los contenidos se reconocen como absurdos o sin sentido (diferencia fundamental con la idea delirante) pero no puede deshacerse de ella.

IDEA OBSESIVA: Idea recurrente, intrusiva, de diferentes contenidos. Los más frecuentes son ideas obsesivas de duda, contaminación, simetría o de carácter religioso-culposo. También pueden ser recuerdos obsesivos. El contenido no necesariamente es absurdo, pero sí la persistencia, penetrancia y repetición de la idea. Son, en general, egodistónicas (generan malestar), aunque en casos de ideas obsesivas crónicas, pueden ser egosintónicas (no generan malestar y son vividas como parte de lo cotidiano).

IMPULSOS OBSESIVOS O COMPULSIONES: Impulso determinado a realizar determinados actos que son absurdos para el sujeto (por las características del acto) y tienen una persistencia incontrolable. Pueden o no estar relacionados o en respuesta a una idea obsesiva. Pueden transformarse en francos rituales que con frecuencia son vividos con un carácter mágico, es decir, que el hacerlo o no hacerlo, aumenta las probabilidades de que algo ocurra o no ocurra. Por ejemplo, “el girar la llave de mi casa 10 veces hará que no la roben”.

TEMORES OBSESIVOS O FOBIAS: Temores que se imponen frente a situaciones u objetos. Generalmente no son justificados o proporcionales. Se relaciona con conductas evitativas de lo que se teme.

IDEAS FIJAS: Idea repetitiva, que en ocasiones provienen de una situación afectiva y que pierde fuerza a través del tiempo.

c. Afectividad

Este elemento del vivenciar, de suma relevancia, requiere de algunas definiciones importantes para su comprensión.

La emoción es un movimiento afectivo que se presenta como la reacción ante estímulos externos o internos. Son fugaces, momentáneos, de gran intensidad, y de exteriorización inmediata y evidente. Se relaciona con respuestas autonómicas. Por ejemplo, una reacción emocional de rabia o angustia o intensa alegría.

Los sentimientos son movimientos afectivos más estables y duraderos en el tiempo, que habitualmente no comprometen algún componente fisiológico. Por ejemplo, el sentimiento de tristeza en relación a un duelo.

El estado de ánimo o humor básico es el estado más permanente o basal. El cambio del estado de ánimo es un cambio que compromete el sentimiento y las emociones. Puede comprometer aspectos fisiológicos como el apetito, sueño o la sexualidad. Las dos principales alteraciones del estado de ánimo son la depresión y la manía. A continuación, se definen los principales estados afectivos.

ANSIEDAD: Estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos (ej, taquicardia) ligados a un estado de alerta y se vivencia con tensión y preocupación. Tiene diferentes intensidades (desde la ansiedad “normal” hasta la ansiedad “patológica”).

	Ansiedad Normal (reacción adaptativa)	Ansiedad patológica (reacción desadaptativa)
Gatillante	Existe un gatillante claro. Existe una relación temporal entre la reacción ansiosa adaptativa y el gatillante.	Puede existir un gatillante. El gatillante a veces no es proporcional a la reacción ansiosa. Puede no existir gatillante o ser extemporáneo
Impacto en la funcionalidad	Sin impacto o limitado y transitorio.	Alto impacto
Intensidad	Leve-moderada, pero adaptativo	Alta, desadaptativo
Duración	Proporcional al gatillante y desaparece con éste.	Persiste cuando el gatillante desapareció o reaparece sin un gatillante.
Aspectos fisiológicos	Ausentes o leves	La mayoría de las veces presentes y de intensidad que genera un malestar

TENSIÓN: sentimiento de inquietud física, de elevada excitabilidad, que despierta en el observador la sensación que el paciente puede reaccionar en cualquier momento.

TRISTEZA: Estado afectivo de pena, amargura, desesperanza, desamparo, pesimismo, abatimiento y desánimo.

ALEGRIA: Estado afectivo caracterizado por el optimismo y el bienestar.

EUFORIA: Estado afectivo en que el paciente experimenta un sentimiento de ánimo elevado caracterizado por un bienestar psíquico y físico que no corresponde al estado de ánimo habitual del sujeto. Se caracteriza por ser **EXPANSIVO**, donde se expresan los sentimientos sin inhibición e incorporando a los otros y a su entorno.

AFECTO HEBOIDE: Estado afectivo caracterizado por la superficialidad y lo no contagioso, que muchas veces es inadecuado a la situación o circunstancia. Puede ser “payasero” o “chancero”.

AFECTO PUERIL: Estado afectivo en que el acento está puesto en la apariencia ingenua, inocente y muchas veces infantil.

CHANCERIA: estado afectivo caracterizado por la displicencia, que mezcla humor con una conducta desafiante.

DEPRESIÓN O ANIMO DEPRESIVO: Disminución cuantitativa del estado de ánimo, que es vivida por el sujeto como un sentimiento de tristeza la mayor parte del tiempo. Generalmente existe algún compromiso fisiológico y/o cognitivo.

DESÁNIMO: Similar al ánimo depresivo. El acento está puesto en la incapacidad del sujeto de entusiasmarse para iniciar una actividad, es característico de los cuadros depresivos.

ANHEDONIA: Pérdida en diferentes grados de la capacidad para sentir placer.

APATÍA: Estado afectivo que se caracteriza por la ausencia de respuesta emocional frente a sí mismo y al mundo. Viene del desinterés.

LABILIDAD AFECTIVA: Reacciones emocionales asociadas a la tristeza. Generalmente es una reacción emocional que aparece con estímulos mínimos. Son intensos y muchas veces de corta duración.

IRRITABILIDAD: se refiere a una excesiva sensibilidad en que el paciente tiende a reaccionar de forma impaciente, tensa y agresiva.

DISFORIA: Estado afectivo que se caracteriza por una oscilación entre un estado de tristeza y ansiedad, con sensación de irritabilidad, desagrado, e inquietud.

SENTIMIENTO DE CULPA: Sentimiento de remordimiento por acciones o pensamientos, que requieren algún tipo de castigo.

SENTIMIENTO DE MINUSVALÍA: Sentimiento de inutilidad, incapacidad e indecisión donde se pierde la confianza en las propias capacidades.

APLANAMIENTO AFECTIVO: Disminución de la capacidad de respuesta emocional y modulación de los afectos. Impresiona como indiferencia emocional, con una disminución de la capacidad de empatía. Aparecen como distantes y lejanos tanto en el transmitir sus propias emociones o sentimientos como en la respuesta a emociones ajenas.

AMBIVALENCIA AFECTIVA: Presencia simultánea de sentimientos opuestos.

DISCORDANCIA IDEO-AFECTIVA: La observación de un estado afectivo contrario a lo que el sujeto está describiendo o vivenciando.

PERPLEJIDAD: estado afectivo caracterizado por angustia, extrañeza y asombro frente a situaciones extrañas o nuevas. Se vive con desconcierto.

MIEDO: Vivido como una reacción emocional frente a una situación de la cual hay que huir o bien enfrentar con todas sus energías. Tiene un componente psico-fisiológico, muy similar a la ansiedad, pero en el miedo el sujeto es capaz de identificar la causa que le provoca este estado. Lo más intenso es el PAVOR; y en un grado menor es el TEMOR.

PÁNICO: Se refiere a un estado afectivo episódico en el que el paciente vive una intensa y aguda ansiedad. Está acompañado de sensaciones de temor y cambios psico-fisiológicos. Siente una necesidad imperiosa de Huir. Tiene la vivencia del TERROR, en que algo puede ocurrir con grave perjuicio para sí mismo u otros.

HUMOR PARANOIDE: estado afectivo relacionado con la desconfianza y vivenciado con tensión, en que existe la impresión de que los demás ocultan o traman algo perjudicial para el sujeto.

HOSTILIDAD: estado afectivo que involucra una conducta francamente agresiva con los demás.

RETICENCIA: estado afectivo caracterizado por la desconfianza extrema o suspicacia.

INCONTINENCIA AFECTIVA: Evidente incapacidad para contener las emociones. Muchas veces surge una emoción sin un claro gatillante.

DISOCIACIÓN IDEO-AFECTIVA: Separación o no contacto entre la respuesta emocional y la experiencia que el sujeto vive o siente.

d. Psicomotricidad

La psicomotricidad es la acción corporal y visible de lo psíquico. La descripción de las alteraciones de la psicomotricidad puede ordenarse de la siguiente forma:

1. Trastornos de la psicomotricidad que aparecen en el sujeto.
2. Trastorno de la psicomotricidad que se manifiestan en relación con los demás
3. Trastornos de la psicomotricidad que se configuran como grupos clínicos específicos.
 - a. Serie catatónica
 - b. Trastornos de la psicomotricidad por alteración del impulso.

1. Trastornos de la psicomotricidad que aparecen en el sujeto.

HIPOMIMIA: Pobreza o escasez de movimientos faciales

HIPOCINESIA: Pobreza o escasez de movimientos corporales

ACINESIA: Ausencia total de movimientos faciales y corporales

ESTUPOR: Inhibición psicomotriz en su grado máximo. Se caracteriza por acinesia y mutismo.

INHIBICION PSICOMOTORA: Incapacidad parcial o total de expresar y/o ejecutar deseos, impulsos u órdenes. El paciente puede referir esta dificultad y esforzarse por intentar superarla. Puede haber hipocinesia e hipomimia.

ABULIA: Inactividad por falta del “aporte movilizador de la voluntad”. El paciente no logra “romper la inercia”.

EXALTACION PSICOMOTORA: Aumento de la actividad motora y expresiva. La psicomotricidad es concordante con la afectividad (euforia)

ACTIVIDAD FACILITADA: Relacionado con lo anterior, se caracteriza por una disminución de la capacidad de reflexionar, donde el pensamiento va seguido del acto.

AGITACION PSICOMOTORA: Cuadro caracterizado por un aumento extremo de la actividad motora, asociado a una extrema inquietud y tensión interna e impulsividad. Se pierde el control con respecto a los movimientos. Estado de riesgo para sí mismo y para terceros.

BIZARRERÍA: Acciones inoportunas, fuera de lugar, inesperadas que dan la impresión de una acción extraña e inadecuada.

AMANERAMIENTOS O MANIERISMOS: Los actos pierden su simplicidad y espontaneidad y se llena de movimientos innecesarios lo que les da un carácter “barroco”.

ESTEREOTIPIAS: Continua repetición de movimientos, actitudes, posiciones, lenguaje, o conductas que carecen de un sentido pragmático. Pueden ser:
Cinéticas o motoras, verbales, posturales, de lugar, o de pensamiento.

MUECAS: Movimientos innecesarios faciales (de la boca) carentes de una finalidad pragmática.

AMBIVALENCIA INTENCIONAL O AMBITENDENCIA: Expresión simultánea de acciones opuestas: lleva a una actividad contradictoria o a la parálisis de las acciones.

ACCIONES IMPULSIVAS: Acciones no mediatizadas por la voluntad, en que no se logra controlar la conducta y la acción.

TICS: Movimientos repetitivos sin control de la voluntad. El fenómeno es vivido con preocupación, inquietud y desazón.

TEMBLOR: Movimiento oscilatorio y rítmico de alguna parte del cuerpo.

DISTONÍA: Contracción muscular mantenida, habitualmente dolorosa, de un grupo muscular.

PARKINSONISMO: cuadro caracterizado por: temblor; hipertonía; hipocinesia.

ACATISIA: Cuadro caracterizado por una necesidad imperiosa de mover habitualmente las extremidades inferiores, que es vivido con grados variables de inquietud y malestar.

MOVIMIENTOS COREICOS: Movimiento involuntario, arrítmico y espontáneo que simula un acto voluntario (desaparece con el sueño y aumenta con la emoción).

MOVIMIENTOS ATETOSICOS: Movimiento involuntario, arrítmico, espontáneo y lento, reptante, de flexo-extensión y prono-supinación (desaparece con el sueño y aumenta con la emoción).

2. Trastorno de la psicomotricidad que se manifiestan en relación con los demás

FACILITACIÓN DEL CONTACTO: Alteración de la psicomotricidad caracterizada por una excesiva cercanía física y confianza, en que se pierde la distancia social.

EVITACION DEL CONTACTO: Alteración de la psicomotricidad caracterizada por una distancia y lejanía, donde se evita la relación con el otro.

PSEUDOCONTACTO: Alteración de la psicomotricidad caracterizada por una aparente cercanía y empatía; sin embargo, la expresividad que acompaña el relato denota ausencia, lejanía, falta de interés por quien está al frente.

NEGATIVISMO: Alteración de la psicomotricidad en que el paciente se opone a todo cambio o modificación de su estado. Este fenómeno no logra ser comprensible (propio de los estados psicóticos). Puede ser activo (no coopera o definitivamente realiza lo contrario) o pasivo (en que no se inmuta ante otro y la interacción con éste).

OPOSICIONISMO: Alteración de la psicomotricidad en que el paciente se opone a todo cambio o modificación de su estado. A diferencia del negativismo, el oposicionismo es voluntario y logra comprenderse por un motivo.

ESTUPOR: Grado máximo de inmovilidad. Puede ser rígida o flácida. Por ejemplo: estupor depresivo; estupor negativista.

MUTISMO: El paciente no habla sin un compromiso neurológico que lo explique. Puede haber un mutismo negativista u oposicionista.

OBEDIENCIA AUTOMÁTICA (AUTOMATISMO DEL MANDATO): fenómeno inverso al negativismo. Es parte de los fenómenos asociados a la SUGESTIBILIDAD PATOLÓGICA observados en la catatonía de la esquizofrenia.

ECOLALIA: repetición de lo que dice el entrevistador.

ECOPRAXIA: repetición de los actos motores del entrevistador.

PSEUDOFLEXIBILIDAD CÉREA: es un signo de sugestibilidad patológica caracterizado por la posibilidad de “moldear” posturas en los pacientes, sin una resistencia activa. La Flexibilidad Cérea es una alteración de la psicomotricidad que se presentaba en pacientes post-encefalíticos, que presentaba algunas diferencias semiológicas con la pseudoflexibilidad cérea, como que existía una resistencia inicial al movimiento.

CATALEPSIA: Concepto general caracterizado por una rigidez completa contra todo intento de movilización.

3. Trastornos de la psicomotricidad que se configuran como grupos clínicos específicos.

a. Síndrome catatónico

SINDROME CATATÓNICO: Conjunto de signos y síntomas de alteraciones psicomotoras caracterizados por:

- Alteraciones en los movimientos:
 - Hipercinéticos (o actividad motora excesiva carente de propósito) o
 - Hipo o acinéticos (estupor; catalepsia o pseudoflexibilidad cérea)
 - Peculiaridades en los movimientos (manierismos; bizarrería; estereotipias)
- Negativismo
- Fenómenos de sugestibilidad patológica (ecolalia; ecopraxia; automatismos del mandato; pseudoflexibilidad cérea)

b. Trastornos de la psicomotricidad por alteración de los impulsos.

COMPULSION: Impulso incontrolable de ejecutar una acción repetidamente. Por ejemplo, la cleptomanía o la tricotilomanía.

II. Instrumentos del Vivenciar

Las vivencias subjetivas de cada sujeto que intentamos evaluar a través del examen mental, requieren de capacidades neuropsicológicas básicas. Permiten la construcción de la vivencia y de ellos depende la calidad de la vivencia de un individuo. Por ejemplo, si un paciente tiene un compromiso cuantitativo de conciencia, donde está en sopor superficial o cursando un delirium (donde su capacidad para focalizar, cambiar o mantener la atención está comprometida), podrá presentar signos o síntomas psicopatológicos diferentes que un paciente lúcido y con ello también se abren diferentes diagnósticos diferenciales en nuestro objetivo de explicar el origen o etiología del cuadro que estamos evaluando.

I) Conciencia

1. Compromiso cuantitativo de conciencia

Estado en el cual el compromiso central es la incapacidad de mantener la **ATENCIÓN** y estar **ALERTA**. Secundariamente a lo anterior, se altera la capacidad de orientación (capacidad de identificarse a sí mismo, orientación en el tiempo, respecto al lugar en dónde está, reconocimiento de personas). Al estar comprometida la atención y al no poder mantener el estado de alerta, en el compromiso cuantitativo de conciencia pueden aparecer diferentes síntomas y signos psicopatológicos.

Escala de Glasgow.

Apertura Ocular		Respuesta Motora		Respuesta Verbal	
Espontánea	4	Espontánea	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		

- 15 → Consciente
- 13-14 → Sopor o estupor leve o superficial o somnolencia
- 11-12 → Sopor o estupor moderado
- 9-10 → Sopor o estupor profundo
- 7-8 → Coma superficial
- 5-6 → Coma moderado
- 3-4 → Coma profundo

Lucidez. Estado de plena alerta. Corresponde a la persona normal, que es capaz de mantener una conversación y dar respuestas atinentes a las preguntas que se le formulan.

Somnolencia o sopor o estupor superficial: El paciente impresiona durmiendo pero al llamarlo por su nombre o hablarle en voz más fuerte abre los ojos, mira al examinador, responde preguntas y luego nuevamente sigue durmiendo.

Sopor o estupor moderado o profundo. Es una etapa más avanzada de compromiso cuantitativo de conciencia. Para obtener respuestas es necesario aplicar estímulos dolorosos. Las respuestas verbales son lentas o, incluso, ausentes. No tiene conciencia de sí mismo ni del ambiente.

Coma. Es el nivel más avanzado de compromiso cuantitativo de conciencia. En esta etapa no es posible obtener respuestas ni siquiera aplicando estímulos dolorosos. Algunas reacciones que se pueden presentar, son, en realidad, reflejos (por ejemplo, reacciones de descerebración). Los signos vitales se mantienen.

Atención: Las siguientes pruebas pueden utilizarse en la valoración de la atención:

- Inversión de series automáticas (días de la semana o meses del año en forma inversa o deletrear la palabra MUNDO al revés)
- Repetición de dígitos (digit span) desde series simples hasta series complejas
- Restas secuenciales (100-7; luego menos siete; y así sucesivamente)

Orientación:

Para evaluar esta capacidad se investigan aspectos como los siguientes:

Orientación respecto a sí mismo: ¿Cómo se llama? ¿Qué edad tiene? ¿En qué trabaja? ¿Con quién vive?...

Orientación en el tiempo: ¿En qué fecha estamos? ¿En qué mes? ¿En qué año? ¿Qué día de la semana es hoy?...

Orientación en el espacio: ¿Dónde se encuentra usted? ¿Está en un hospital? ¿En su casa? ¿Qué hospital es?...

Orientación respecto a personas: ¿Quién soy yo? ¿Qué labor desarrollo? Si está presente un familiar: ¿Quién es esa persona?

El saber el nombre o aspectos muy personales de sí mismo, es de las últimas cosas que se pierden. En todo caso, este conjunto de preguntas permiten formarse una idea de lo lúcido o desorientado (**confuso**) que pueda estar el paciente. El **síndrome confusional** se caracteriza principalmente por la alteración de la **ATENCIÓN** como síntomas central. El **DELIRIUM** es un síndrome confusional (en general pacientes somnolientos) caracterizado por:

1. Inicio agudo y curso Fluctuante

La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable. Muchas veces se invierte el ciclo sueño- vigilia.

2. Inatención

El paciente fácilmente se distrae, le es difícil mantener la conversación, se le deben repetir las preguntas o persevera con una respuesta previa o tiene dificultad para recordar lo que estaba hablando. Habitualmente el paciente presenta algún grado de desorientación.

3. Pensamiento Desorganizado o cambio en las funciones cognitivas

El paciente presenta un pensamiento desorganizado o incoherente, con ideas poco claras o cambios de tema impredecibles o ideas que impresionan delirantes (deliriosas). Pueden aparecer también alteraciones de la sensorio-percepción. También pueden aparecer alteraciones de las funciones cognitivas como memoria u otra área cognitiva.

4. Alteración del nivel de conciencia

5. Debe encontrarse una causa médica o relacionada con el consumo de sustancias que explique la aparición del cuadro clínico.

2. Compromiso Cualitativo de Conciencia

Clásicamente se ha descrito al compromiso cualitativo de conciencia cuando la conciencia (o capacidad de responder a otros estímulos) está “estrecha” circunscrita sólo a ciertas manifestaciones de la vida psíquica. Predomina un afecto (exaltación, amor, odio, angustia), que tiñe el vivir y actuar del paciente. Hay una aparente “coherencia” dentro de este ámbito restringido, pero hay respuestas y reacciones inadecuadas por no captar el contexto. Las respuestas son unidimensionales, monotemáticas, con escasa capacidad de adaptación. Pueden haber ilusiones y/o alucinaciones predominantemente visuales, pero también auditivas y olfatorias, relacionadas con la temática en torno a la cual gira el (la) paciente. Puede ser secundario a una patología médica (por ej. epilepsia de lóbulo temporal), consumo de sustancias o psicógeno (por ej. trastornos disociativos o psicosis psicógenas). En algunos textos, la psicosis se ha descrito como una alteración cualitativa de conciencia.

II) Lenguaje

Es la capacidad de usar y ordenar adecuadamente las palabras para expresar pensamientos e ideas. Se compone de 3 grandes procesos: **pensamiento** (sistema semántico en el cual están representados los significados de las palabras), **lenguaje y habla**. Las alteraciones del pensamiento se presentan más adelante.

Alteraciones del lenguaje:

Afasia: trastorno adquirido del lenguaje **verbal, de la escritura y lectura**, producto de un daño en estructuras cerebrales específicas para estas funciones.

Disartria: trastorno motor del habla (articulación).

Disfonías: alteraciones de la fonación.

Disfasias: defectos del lenguaje debido a enfermedades congénitas o del desarrollo.

Parafasias: son palabras anormales, que pueden ser propias de algunos tipos de afasias:

- parafasias fonémicas o literales (amiso, en vez de amigo)
- parafasias verbales o semánticas (sustitución completa de una palabra por otra)
- Neologismos

A continuación, algunos aspectos neurofisiológicos para una mejor comprensión de las alteraciones del lenguaje:

Área de Wernicke: en la zona posterior de la primera circunvolución temporal (área 22 y 42 de Brodmann). Su función es la decodificación del sonido en un significado. Nos permite comprender el lenguaje. Es prioritaria para la emisión de un lenguaje adecuado (por el área de Broca).

Área de Broca: Zona posterior del giro frontal inferior (área 44 de Brodmann). Permite la emisión del lenguaje. Adyacente al área de Broca está la corteza primaria motora que controla los movimientos de la boca, lengua y cuerdas vocales (habla). Formulación verbal (morfosintaxis del lenguaje).

Fascículo Arqueado: Haz de fibras que comunican B con W, pasando aproximadamente a nivel de giro supramarginal (lóbulo parietal inferior).

Circunvolución Supramarginal: Lóbulo parietal inferior. Procesamiento fonológico y la escritura.

Circunvolución Angular: Lóbulo parietal izquierdo. Asociación entre el léxico y el concepto (semántica), integración visual, auditiva y táctil y en la lectura y escritura.

Áreas subcorticales: tálamo y GB también participan en el lenguaje. Tálamo → monitoreo léxico-semántico; GB → en la formulación verbal.

Proceso del lenguaje:

- se piensa en un objeto → AW accede al léxico para seleccionar la palabra → AB selecciona las palabras y las articula → CSM selecciona los fonemas → vuelve al AB, a través del FA, para la "programación motora".

Por lo tanto, lesiones extensas de la zona perisilviana pueden producir una **Afasia Global** (no es capaz de hablar espontáneamente ni obedecer órdenes – o comprender el lenguaje-).

Lesiones en el área de W produce una **Afasia de Comprensión** (a pesar de tener un lenguaje **FLUENTE**), no es comprensible por la falta de control del área de W sobre B. Generalmente no tiene conciencia de su déficit (anosognosia) y se asocia a una hemianopsia homónima derecha.

Lesiones en el área de Broca, se produce una **Afasia de Expresión**: el lenguaje pierde fluidez y es incomprensible. El paciente puede entender lo que se le dice y tienen conciencia de su déficit. Frecuentemente se acompaña de hemiparesia derecha.

La integridad de las estructuras perisilvianas permite conservación de la REPETICIÓN, se presenta una **Afasia Transcortical**. Debe suponerse una lesión posterior a W (Afasia Transcortical sensitiva) o anterior a Broca (Afasia Transcortical Motora). Lesiones en estructuras subcorticales (tálamo, GB) producen Afasias similares a las transcorticales.

Al lesionarse el Fascículo Arqueado se produce una **Afasia de Conducción** en que lo más relevante es la alteración de la REPETICIÓN.

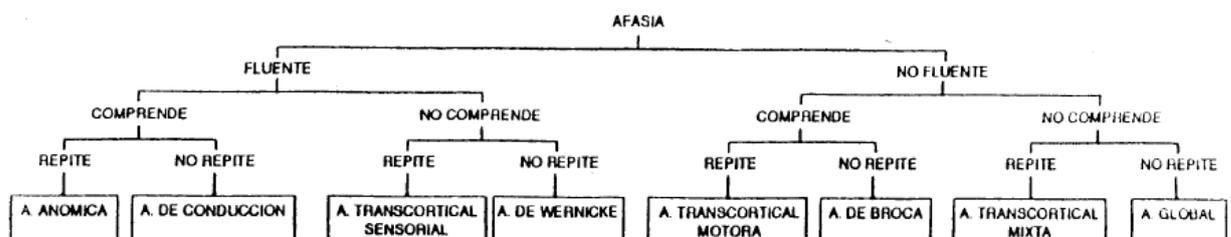
La lectura y la escritura habitualmente se alteran en forma paralela al lenguaje verbal. Las alteraciones específicas se denominan: Alexias (alteraciones de la lectura); de la escritura (agrafia).

Evaluación:

- **Fluidez**: capacidad de producir un lenguaje espontáneo, sin pausas desmesuradas o dificultad para encontrar las palabras → Test de nominación de animales.
- **Comprensión**: Se evalúa pidiendo que se ejecuten órdenes. (tocarse la nariz, etc). Luego, que comprenda el sentido de una oración “el policía ha sido atrapado por el ladrón... ¿Quién atrapó a quién?”
- **Repetición**
- **Nominación**: Anomia (trastorno de la nominación). Prácticamente todas las afasias tienen algún grado de anomia.

Test Formales de lecto-escritura: test de Fluencia verbal y escrita; batería de afasia de Boston; batería de nominación de Boston; etc. En el Minimalistal, se muestra un objeto (nominación), se solicita que se haga una acción (“tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa”); se pide que lea y ejecute un acción (CIERRE LOS OJOS).

Figura 4: Diagrama de flujo para el diagnóstico de las Afasias.



III) MEMORIA

Se define como la capacidad de almacenar y recuperar información.

Clasificaciones basadas en los distintos aspectos de la memoria:

- 1) **Visual (izquierda) o Verbal (derecha)** → de acuerdo al tipo de material almacenado.
- 2) **Explícita** (verbalizable) o **Implícita** (en la ejecución de una tarea) → forma de actualizar el material aprendido.
- 3) **Semántica** (recuerdo de significados) o **Episódica** (en relación a un espacio temporal → es el recuerdo de significados).
- 4) **Memoria de corto plazo o de largo plazo** (que a su vez se divide en: “reciente o de fijación” – aprendizaje de información recuperable en minutos o pocos días - ; y “remota o de evocación” – eventos antiguos, autobiográficos- → se refiere al tiempo transcurrido entre el almacenaje de información y la recuperación de información).

A continuación, algunos aspectos neurofisiológicos para una mejor comprensión de las alteraciones de la memoria:

- a) **Memoria de corto término o inmediata:** función propia de la conciencia. Está involucrada la corteza parietal posterior y la corteza frontal. Se altera en el Delirium.
- b) **Memoria reciente: comprende ALMACENAMIENTO Y RECUPERACIÓN.** Se requiere indemnidad de la conciencia. En el almacenamiento están involucradas diversas estructuras como el hipocampo, la circunvolución parahipocampal, los cuerpos mamilares, el trígono y el tálamo (circuito de Papez). En la recuperación participan estructuras Prefrontales y estriatales. Es la primera memoria en alterarse en la EA (por el compromiso precoz de estructuras hipocampales). Posteriormente se altera el resto. Puede verse alterada cuando se comprometen estructuras del circuito de Papez.
Dentro de la memoria reciente, existe un tipo de memoria que utilizamos en lo habitual, de corta duración llamada memoria de trabajo.

Circuito de Papez (dentro del sistema límbico): une hipocampo, fornix y los cuerpos mamilares a través del fascículo mamilotalámico con los núcleos anteriores del tálamo, para llegar al Giro Cingulado Anterior.

- c) **Memoria remota:** Todas las regiones corticales de asociación, por lo tanto requiere un deterioro cortical amplio para alterarse.

El trastorno de la memoria a largo plazo se llama AMNESIA. La amnesia anterógrada es la incapacidad de adquirir nueva información (se relaciona con la memoria reciente, hechos de la vida cotidiana. Puede haber desorientación); la Amnesia Retrógrada es la alteración de la recuperación de hechos pasados. (Se relaciona con la memoria remota). La Amnesia Global Transitoria aparece principalmente una amnesia anterógrada de varias horas de duración.

Evaluación:

1. memoria de corto término o plazo: repetición de series dígitos o palabras (ver ATENCIÓN).
2. memoria reciente: memorizar palabras (3-5) luego de 3-5 minutos preguntar. Si con claves lo resuelve puede orientarse más a un problema de recuperación que de almacenaje. (minimal)
3. memoria remota: acontecimientos pasados verificables.

La evaluación formal:

- escala de memoria de Weschler
- Test de retención visual de Benton

IV) FUNCIÓN EJECUTIVA

Es la capacidad de PLANIFICAR Y LLEVAR A CABO TAREAS SECUENCIALES en un periodo de tiempo determinado. Estas tareas pueden ir desde secuencias de movimientos de manos hasta conductas complejas, como la planificación de un día.

Algunos aspectos neurofisiológicos para una mejor comprensión de las alteraciones de las funciones ejecutivas:

La corteza prefrontal controla los procesos cognitivos necesarios para la selección de movimientos en el tiempo y lugar precisos:

Las áreas dorsolaterales → implicadas en la selección de conductas guiadas por la “memoria de trabajo” (se refiere a la actualización y procesamiento de información necesaria para efectuar una tarea presente. Cuando se altera, se requiere de claves externas para continuar y llevar a término actividades volitivas. Puede alterarse también cuando se alteran sus conexiones subcorticales (caudado, Globo pálido, tálamo).

Alteraciones de las funciones ejecutivas

Síndrome Disejecutivo (anteriormente llamado Síndrome Frontal).

El denominado síndrome disejecutivo, anteriormente conocido como síndrome frontal, es un conjunto de alteraciones de tipología y gravedad diversos que se dan como consecuencia de la existencia de lesiones en el lóbulo frontal y especialmente en el área prefrontal. Tal y como se puede reflejar por su nombre actual, la principal afectación se da en las funciones ejecutivas, que de manera secundaria pueden provocar alteraciones en otros aspectos como la comunicación o la personalidad.

Los síntomas pueden ser muy variables. En lo que respecta a las principales funciones superiores suele presentarse la disminución de la capacidad de inhibir impulsos, la perseverancia debido a incapacidad para cambiar de conducta y dificultades en general para adaptarse a variaciones del medio. Se vuelven inflexibles y tienden a tener dificultades a la

hora de planear, concentrarse, organizar y reorganizar la información y mantener cosas en la memoria. No es raro que tengan pensamientos obsesivos y/o paranoides.

Otro de los aspectos que suele presentar alteraciones severas en el síndrome disejecutivo es la personalidad. El sujeto tiene tendencia a ser mucho más impulsivo e irritable, variar constantemente de estado de ánimo e incluso a resultar más agresivo y a presentar dificultades de ajustar su conducta al contexto. Ello se debe especialmente a alteraciones del prefrontal orbitofrontal, vinculada al comportamiento social.

Por último, la conducta dirigida se vuelve mucho más compleja, debido a que aparecen problemas a la hora de realizar acciones secuenciadas y de iniciar y finalizar acciones. Es común que aparezca cierto nivel de apatía y abulia que deje al sujeto con poca capacidad para planificar y querer hacer algo.

Subdivisiones

El síndrome disejecutivo puede subdividirse en tres síndromes en función de la región del prefrontal que se haya lesionado y el tipo de síntomas que esta lesión provoca.

1. Síndrome dorso-lateral

Este síndrome se produce por lesiones en la corteza dorsolateral del prefrontal. Se caracteriza por la presencia de alteraciones en las funciones ejecutivas (es el que más se identifica con la palabra disejecutivo) tales como problemas de memoria, dificultades de razonamiento, toma de decisiones, planificación y análisis, perseveración y falta de concentración. También se producen problemas en la fluidez verbal e incluso en el movimiento. Por último, a nivel comportamental suelen presentar distractibilidad, falta de motivación, apatía y síndromes depresivos.

2. Síndrome orbito-frontal

Este subtipo de síndrome disejecutivo se produce por lesiones en el orbitofrontal. Los síntomas más evidentes tienen que ver con el control de los impulsos, el cambio de personalidad y las dificultades para la gestión del comportamiento social. Suelen ser lábiles, agresivos e irritables, aunque también pueden presentar dependencia y ecosíntomas. Tienen a explorar el entorno de forma táctil. Puede aparecer moria, o estado de humor alegre vacío y sin estimulación interna o externa que la explique. No es raro que aparezcan síntomas obsesivo-compulsivos.

3. Síndrome mesial-frontal

Los síntomas más comunes de esta lesión en el circuito mesial son la apatía, la desmotivación y el mutismo acinético, en el que no responde a la estimulación ambiental a pesar de poder hacerlo si así lo quiere.

Evaluación:

Rápidamente se identifican estos pacientes por su “ineficiencia”, independiente de su nivel intelectual. Distraídos. No logran terminar las tareas.

- 1) test de secuencias alternantes de manos (Luria) (lado-puño-palma) (pueden perseverar o no poder hacer la secuencia).

- 2) Dibujos secuenciales (que presenta un patrón secuencial).
- 3) Prueba de ejecución y supresión de actos motores (go-no-go) (con la mano en la mesa, debe levantar un dedo con dos golpes y no hacer nada con un golpe).

Evaluación formal:

- 1) **Trail making Test:** Evalúa abstracción, inhibición de estímulos y flexibilidad cognitiva. Forma A (unen números); forma B (intercalan números y los unen con sus letras correspondientes)
- 2) **Prueba Digito-Símbolo:** Evalúa atención sostenida, percepción visual y capacidad de relacionar estímulos. Debe correlacionar números con símbolos.
- 3) **Test de cartas de Wisconsin:** Evalúa la capacidad de abstracción, establecer categorías y conceptos, inhibir estímulos y flexibilizar conductas. Cartas que difieren en forma, número o color. El examinador indica si esta correcto o no.
- 4) **Test de Stroop:** Evalúa la capacidad de inhibir estímulos y flexibilizar una conducta. Palabras escritas con diferentes colores (debe inhibir el concepto).

V) FUNCIÓN VISUOCONSTRUCTIVA

Es la capacidad para dibujar o construir figuras o formas en dos o tres dimensiones. Algunos aspectos neurofisiológicos para una mejor comprensión de las alteraciones de las funciones visuconstructivas:

Una vez comprendida la orden, la imagen se proyecta en la corteza visual. Luego es analizada en la región inferior del lóbulo parietal. Posteriormente la corteza promotora (frontal) participa en la planeación y ejecución de la reproducción. Los defectos visuconstructivos más severos se ven en lesiones parietales derechas (puede ser izquierda) y ocasionalmente en lesiones frontales.

Evaluación:

- dibujar un cubo o figuras cúbicas o “como con palos de fósforos”.

Evaluación formal:

- Pruebas de cubos del WAIS (Weschler)
- Test de la figura compleja de rey (requiere la copia y posterior reproducción de memoria (a los tres minutos) de una figura compleja.

VI) PRAXIA IDEOMOTORA

La Praxia es la capacidad de ejecutar actos motores previamente aprendidos. Puede afectar la boca, el tronco o las extremidades. Su alteración se denomina Apraxia. Trastornos menos severos, Dispraxias.

Algunos aspectos neurofisiológicos para una mejor comprensión de las alteraciones de la praxia ideomotora:

El hemisferio dominante para el lenguaje también lo es para la Praxia. Luego de comprender la orden (Wernicke) se activa la región del Giro Supramarginal Izquierdo (memoria); luego, se activa la región promotora Izquierda (memoria de patrones motores) y luego el área motora Izquierda o derecha (para mover la mano) (la información pasa de Izq. a Der por la porción anterior del cuerpo calloso).

La evaluación rápida: pedir que realice la mímica (persignarse, lavarse los dientes, etc) tanto con extremidades izq. como derechas.

VII) Gnosis – Anosognosia – Heminégligencia – Conducta

La **Gnosis** es la capacidad de reconocer estímulos sensoriales complejos. La Agnosia puede ser visual (no reconoce objetos, lo logra cuando los toca o los escucha); auditiva o táctil (ateroagnosia). Se presenta en lesiones de áreas de asociación sensorial unimodal:

- visual: corteza occipito-temporal
- táctil: corteza parietal
- auditiva: temporal

La **Anosognosia** es la negación de una incapacidad funcional evidente. Se da en diferentes síndromes (afasia de W; hemiplejias izq. algunos síndromes amnésicos, etc.)

La **heminégligencia** Es la falla en reportar, responder u orientar hacia un estímulo que se presenta contralateral a una lesión cerebral y que no es debida a un desorden motor o sensorial elemental. (No se dan cuenta que, pe, no se afeitaron la mitad de la cara o copia la mitad de un dibujo). Lesione parietales derechas son la causa más frecuente, aunque también puede verse en lesiones subcorticales o frontales (generalmente del hemisferio derecho).

Apatía: Se altera la región cingulada anterior.

Moria: Conducta eufórica, desinhibida, ruidosa, irritables, inadecuadas en lo social. El síndrome Morico es propio de la disfunción **frontal** orbitaria.

Nota: el test del reloj → evalúa memoria, función visuoconstructiva y función ejecutivas.

Debido a lo anterior, los test para evaluar las funciones cognitivas (minimental o test de Moca), incorporan diferentes áreas cognitivas.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
<i>.DENOMINACIÓN.</i> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 <i>.REPETICIÓN.</i> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 <i>.ÓRDENES.</i> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 <i>.LECTURA.</i> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 <i>.ESCRITURA.</i> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 <i>.COPLA.</i> Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

III. Aspectos básicos de la personalidad.

El examen mental, tal como se ha descrito, está enfocado principalmente en la pesquisa de signos y síntomas para el diagnóstico de patologías psiquiátricas. Sin embargo, los síntomas y signos se dan en una determinada personalidad y en un determinado contexto ambiental. Más aún, la psicopatología muchas veces está “teñida” por los aspectos propios de la manera de ser de las personas (personalidad) y por sus herramientas cognitivas con las que cuenta. Por último, muchas veces la exploración psicopatológica debe “desviarse” de las preguntas enfocadas en la búsqueda de síntomas y signos de manera dirigida y enfocarse en explorar los aspectos de la personalidad para una mejor comprensión de lo que le sucede a quienes evaluamos.

La personalidad es un constructo psicológico, que se refiere a un conjunto dinámico de características psíquicas de una persona que determina que los individuos actúen de manera diferente ante una determinada circunstancia. El concepto puede definirse también como el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona, y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida de modo tal que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones posee algún grado de predictibilidad. Es decir, a pesar de que cada persona actúa de diferente forma frente a la misma circunstancia, cada persona tiene cierto “patrón” de comportamiento que se mantiene estable en el tiempo.

Para Allport, la personalidad alude a la regularidad y consistencia en los comportamientos, así como a las formas de pensar, sentir y percibir las experiencias. No es un mero conjunto de rasgos o cualidades sino una *organización* de ellos, lo que termina por caracterizar a una persona en particular.

Para la OMS, la personalidad es un “patrón enraizado de modos de pensar, sentir y comportarse que caracterizan el estilo de vida y modo de adaptarse único del individuo, que es el resultado de factores constitucionales, evolutivos y sociales. Estos patrones comportamentales, tienden a ser estables y a afectar múltiples dominios conductuales...”

Es decir, la personalidad es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad, mostrando una tendencia de ese comportamiento a través del tiempo, es la forma en que nos vemos a nosotros mismos, a los otros y al mundo que nos rodea. La personalidad será fundamental para el desarrollo de las demás habilidades del individuo y para la integración con grupos sociales y el enfrentamiento de los problemas y el estrés.

Los patrones de comportamiento que conforman la personalidad son los denominados “rasgos de personalidad”. Los rasgos de personalidad son, en general, puramente descriptivos del comportamiento. Las Teorías de la Personalidad, en cambio, intentan explicar cómo se desarrolla la personalidad y esos rasgos de personalidad. Evidentemente, existen diversas teorías acerca de cómo se establece una determinada personalidad en la infancia, adolescencia y adultez-joven. Lo que sí es claro, es que su conformación es un constructo multifactorial. Sólo algunos ejemplos sobre teorías explicativas de la conformación de la personalidad.

La Teoría Conductual explica la personalidad en términos de los efectos que los estímulos externos tienen sobre el comportamiento, especialmente aquellos que se refuerzan positiva o

negativamente por el medio social. Los enfoques utilizados para analizar el aspecto conductual de la personalidad se conocen como teorías conductuales o teorías de acondicionamiento del aprendizaje.

En la Teoría Cognitiva, el comportamiento se va moldeando según “esquemas cognitivos adquiridos o aprendidos” durante los momentos críticos del desarrollo. Estos esquemas cognitivos o esquemas de pensamiento van determinando nuestro actuar y es la forma que tenemos para enfrentar y explicar la realidad. Por ejemplo, los (pre) juicios que tenemos (aprendidos) sobre determinados aspectos sociales, hacen que nuestro comportamiento sea de tal o cual manera.

Albert Bandura, un teórico del aprendizaje social, sugirió que las fuerzas de la memoria y las emociones funcionaban junto con las influencias del entorno. Bandura era conocido principalmente por su "experimento del muñeco Bobo". Durante estos experimentos, Bandura grabó en un vídeo a un estudiante universitario pateando y abusando verbalmente de un muñeco bobo. Luego mostró este vídeo a una clase de niños de kínder que se estaban preparando para salir a jugar. Cuando ingresaron a la sala de juegos, vieron muñecos bobos y algunos martillos. Las personas que observaban a estos niños en el juego vieron a un grupo de niños golpeando a los muñecos. Llamó a este estudio y sus hallazgos “aprendizaje observacional o modelado” (modelling). Otra explicación derivada de las teorías cognitivas es el llamado “estilo atribucional” que son, en resumen, las diferentes formas en que las personas explican los eventos en sus vidas. Esta “forma” de explicación de la realidad es un patrón explicativo, que se utiliza permanentemente y guía el comportamiento. Por ejemplo, hay personas que se ven en el mundo de la siguiente manera: “yo he aprendido que las cosas pasan cuando las hago yo mismo, en general, nadie me ha ayudado mucho...”.

La psicología Humanista, por otro lado, enfatiza que las personas tienen libre albedrío y que esto juega un papel activo en la determinación de cómo se comportan. En consecuencia, la psicología humanista se centra en cómo las experiencias subjetivas determinan el comportamiento. Esas vivencias subjetivas van dando “sentido” y son las que guían el comportamiento.

Las Teorías biopsicológicas estudian el nivel biológico en la psicología de la personalidad y se centra principalmente en identificar el papel de los determinantes genéticos y cómo moldean las personalidades individuales. De los primeros pensamientos sobre posibles bases biológicas de la personalidad surgieron del caso de Phineas Gage. En un accidente de 1848, una gran barra de hierro fue atravesada por la cabeza de Gage, y su personalidad –y su comportamiento- se vio severamente alterado. Por otro lado, desde que el Proyecto del Genoma Humano permitió una comprensión mucho más profunda de la genética, ha habido una controversia en curso que involucra la heredabilidad, los rasgos de personalidad y la influencia ambiental vs. genética en la personalidad. Se sabe que el genoma humano desempeña un papel en el desarrollo de la personalidad. Anteriormente, los estudios de personalidad genética se centraban en genes específicos que se correlacionaban con rasgos de personalidad específicos. La visión de hoy de la relación entre el gen y la personalidad se centra principalmente en la activación y expresión de genes relacionados con la personalidad y forma parte de lo que se conoce como genética conductual. Pequeños cambios en el ADN en los individuos son los que conducen a la singularidad de cada persona, así como a las diferencias en apariencia, habilidades, funcionamiento cerebral y todos los factores que culminan en el desarrollo de una personalidad determinada. Los estudios de gemelos también han sido importantes en la creación del modelo de personalidad de cinco factores: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y escrupulosidad. Los gemelos idénticos tienen correlaciones más altas en los rasgos de personalidad que los gemelos fraternos. El

neuroticismo y la extraversión son los dos rasgos más ampliamente estudiados. Una persona que puede caer en la categoría de extrovertido puede mostrar características tales como impulsividad, sociabilidad y actividad. Una persona que cae en la categoría de neuroticismo puede ser más temperamental, ansiosa o irritable.

La Teoría Psicoanalítica, creada por Sigmund Freud, plantea que la personalidad se organiza a partir de las vivencias tempranas y su internalización. La forma en que nos comportamos se encuentra entonces influenciada por los contenidos e impulsos más inconscientes. Utilizamos una serie de mecanismos de defensa para “lidiar” con los impulsos inconscientes. Por otro lado, ordena el aparato psíquico en tres grandes estructuras: el Yo, el Ello y el Superyó. El Yo, sería la estructura consciente, o nuestra forma de ser o la que se enfrenta y adapta a la realidad. En el Ello estaría los impulsos inconscientes y en el SuperYó una estructura normativa, que se va desarrollando y que incorpora (y también “exige”) el cumplimiento de las normas sociales y también el ideal (expectativas) que cada uno tiene respecto de sí mismo.

Otto Kernberg ordenó esta conceptualización y diferenció las estructuras de personalidad (neurótica, limítrofe y psicótica) lo que ha sido de gran utilidad en la práctica clínica.

La clasificación de estructuras de personalidad de Kernberg se basa en tres criterios básicos:

- Identidad del Yo

Incluye dos puntos esenciales: (1) la presencia o no de un concepto integrado (aspectos positivos y negativos) de sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones; (2) el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto. La identidad del yo se refiere a cómo logramos dar cuenta de nosotros mismos, integrando nuestros distintos aspectos y teniendo conciencia de ellos. Las estructuras neuróticas de personalidad tiene un concepto de sí mismos integrado, configurando una adecuada identidad yoica. Por lo tanto, es un criterio diferenciador con las estructuras limítrofes y psicóticas, las cuales tienen un concepto de sí mismo más difuso o desintegrado. Una forma de explorar la integración del sí mismo es a través de preguntas como "Me gustaría que se describiera a sí mismo en unas pocas palabras ¿cuáles son las cosas que lo diferencian a usted de las demás personas?"...o cuáles son los aspectos positivos o negativos que Ud. Encuentra de sí mismo...?". Se espera que una persona normal o con estructura neurótica pueda dar una descripción donde se integren aspectos negativos y positivos, identificar sus características estables sin desconocer que en ciertas circunstancias puede salirse de esos patrones; además el entrevistador puede formarse una imagen relativamente clara de la persona a partir del relato del paciente. Las personas con estructuras limítrofes relatan aspectos contradictorios de sí mismos pero sin darse cuenta de la contradicción de su relato, el entrevistador puede tener la sensación de que el paciente está hablando de distintas personas por lo que no puede percibir en forma clara la descripción del paciente y tener la sensación de caos. Las personas con estructuras psicóticas les cuesta aún más responder esta pregunta y se angustian frente a ella. Las personas con problemas cognitivos tampoco logran estructurar una respuesta pues implica concentración, introspección y relaciones abstractas.

Explorar el concepto integrado de las personas importantes puede hacerse a través de preguntas como "¿puede describirme la forma de ser de su madre o padre? (o figuras significativas) Cuénteme ¿cómo son ellos? o ¿cómo es la relación que tiene con cada uno de ellos? Los pacientes con estructura limítrofe dan una descripción superficial que impide conocer los aspectos más profundos de esas personas, además muchas veces caen en profundas contradicciones cuando describen características sin que se percaten de ello. En

pacientes con estructura neurótica la descripción incluye aspectos relevantes, integración de aspectos negativos y positivos que permiten que el entrevistador se haga una imagen más o menos clara de esas personas. En el caso de estructuras psicóticas u otras dificultades cognitivas no se logra acceder claramente a la identidad del Yo.

- Mecanismos de Defensa

En este ítem se exploran cuáles son los mecanismos de defensa que habitualmente se utilizan por cada persona. Los mecanismos de defensa son “herramientas” con las cuales se enfrenta la realidad en diferentes circunstancias. La estructura neurótica de personalidad utiliza mecanismos altos de defensa (o más adaptativos) que se centran en la **represión**, es decir, en el intento de control de diferentes impulsos, comportamientos y afectos dejando a éstos fuera de la vida consciente. Otros mecanismos de defensa “altos” son la intelectualización (describir y poner distancia con lo que estamos sintiendo); la racionalización (donde intentamos explicar o solucionar diferentes situaciones de manera racional; la formación reactiva (transformar sentimientos que nos generan conflicto en su contrario); la sublimación (transformar los impulsos por aspectos más creativos y culturalmente aceptados) y el altruismo entre otros. Por otro lado, las estructuras limítrofes o psicóticas utilizan mecanismos de defensa más primitivos o “bajos” que se organizan desde la **escisión**, como opuesto a la **integración**. Dentro de estos mecanismos de defensa se encuentran la devaluación; la idealización; la omnipotencia; la negación primitiva; la identificación proyectiva (poner en el otro los propios impulsos); la mirada “blanco o negro” de las cosas; la autoagresión como forma de aliviar la angustia, entre otros.

Los mecanismos de defensa pueden observarse en la interacción con el paciente. Los mecanismos avanzados usualmente no interfieren la relación paciente-terapeuta, pero los mecanismos más primitivos pueden observarse directamente ya sea en el contenido del discurso del paciente (contradicciones, adjetivos muy positivos hacia el terapeuta o negativos, etc.) como en el comportamiento (reacciones de angustia, muestras de desprecio, provocación, rechazo en el lenguaje corporal).

- Juicio de realidad

Este tercer criterio de clasificación y evaluación clínica, implica la capacidad de: (1) diferenciar el yo del no-yo (2) diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico (3) y mantener criterios de realidad socialmente aceptados. El juicio de realidad esta mantenido en las estructuras neuróticas y limítrofes, no así en las psicóticas por lo que es un criterio diferenciador entre estructuras psicóticas y limítrofes.

- Otros criterios

La exploración de estos tres criterios permite diferenciar entre estructuras psicóticas, neuróticas y limítrofes, sin embargo a menudo la clasificación de las estructuras limítrofes se hace dificultosa por su carácter intermedio. Para clarificar el diagnóstico, Kernberg propone otros criterios que caracterizan a las estructuras limítrofes y las diferencian de las neuróticas. Estas son:

- Dificultades graves y crónicas en las relaciones de objetos: los pacientes limítrofes no logran establecer relaciones verdaderas con otra persona, caen en la manipulación, control y desvalorización del otro. Tienden a tener relaciones de amistad, de pareja y laborales poco estables y su resolución tiene a ser conflictiva.

- Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica: falta de control de impulsos, incapacidad para tolerar la angustia, insuficiente desarrollo de canales de sublimación (dificultades en la tolerancia a la frustración).

- Tendencia problemática del súper yo: puede manifestarse como el apego a normas morales por el "qué dirán" o en conductas antisociales, mentira crónica, robo, engaño, estafa, agresiones abiertas a otros o explotación parasitaria.

- Síntomas neuróticos crónicos, polimorfos y difusos: presencia de angustia, depresión, fobias, síntomas obsesivos, tendencias hipocondríacas.

Las teorías de la personalidad intentan explicar la forma en que se construyen las diferentes personalidades. La psicoterapia intenta producir cambios en las formas de ser y se basan en las teorías psicológicas para generar cambios. Por ejemplo, las Terapias cognitivo-conductuales basarán sus intervenciones identificando los esquemas cognitivos predominantes que generan conflicto y junto con el paciente los identificarán, tomarán conciencia de ellos y trabajarán en los mismos. Por otro lado, las psicoterapias de orientación psicoanalítica trabajarán sobre cuáles son los impulsos o conflictos inconscientes detrás de las conductas y trabajarán sobre cómo identificarlos y tener conciencia de ellos para producir cambios.

Sin embargo, lo que identificaremos inicialmente en quienes estemos evaluando son sus comportamientos y conductas, las cuales nos darán cuenta de la personalidad del sujeto. A pesar de que existen múltiples rasgos de personalidad, a continuación una breve explicación de los rasgos de personalidad más frecuentes.

RASGOS DE PERSONALIDAD:

Paranoide

- **Suspicaz**
- **Desconfiado**
- Celoso
- Rencoroso
- De ideas extremas o incorporadas con cierto fanatismo

Esquizoide

- **distanciamiento social**
- **restricción de la expresión emocional**
- solitario
- aplanado
- interés restringido por las relaciones sociales

Esquizotípico

- **capacidad reducida en sus relaciones interpersonales**
- **comportamiento excéntrico**
- experiencias perceptivas inhabituales
- suspicacia o ideación paranoide
- pensamientos o lenguaje peculiar

Limite

- **inestabilidad afectiva**
- **impulsividad**
- temor al abandono
- sensación de vacío crónico
- ideación suicida o automutilación
- alteración de la identidad del yo o difusión de identidad
- disociativo o paranoide ante el estrés
- alta reactividad emocional
- relaciones personales inestables (idealización-devaluación)

Histriónico

- **excesiva emotividad**
- **centro de atención**
- comportamiento seductor, corporal, dramático, sugestionable, superficial, relaciones subjetivamente íntimas

Narcisista

- **Grandioso**
- **Falta de empatía**
- **Necesidad de admiración**
- Explotador
- Envidioso
- Pretencioso, especial, arrogante

Antisocial

- **Desprecio**
- **Violación de los derechos de los demás**
- No sigue normas sociales
- Dishonesto
- mentiroso
- irresponsable
- Irritable
- Impulsivo
- Sin culpa (frialidad)

Obsesivo-compulsivo

- **afán por el orden, perfeccionismo**
- **control mental y de las relaciones**
- **escasa flexibilidad, espontaneidad y eficiencia**
- listas, detalles, trabajólico, no delega
- escaso tiempo de esparcimiento y ocio
- escrupuloso, obstinado (en temas morales)
- no se deshace de cosas

Dependiente

- **Necesidad que se preocupen de ellos**
- **Genera sumisión, adhesión, temor excesivo a la separación y abandono**
- Indeciso (sin el apoyo del resto)
- Otros asumen sus responsabilidades
- No expresa desacuerdos
- Sin iniciativa
- Asume tareas desagradables
- No se siente capaz de cuidarse solo
- Constantemente con alguien

Evitativo

- **inhibición social**
- **sentimientos de inferioridad e ineptitud**
- **hipersensible a la evaluación negativa**
- evita el contacto social por el temor a la evaluación, humillación, a la crítica

Los rasgos también se han intentado agrupar en dimensiones (como la última clasificación del DSM-5):

Dimensiones de rasgos		Aspectos que incluyen estas dimensiones
Emociones negativas	→	Depresión, Ansiedad, Vergüenza, Culpa
Introversión	→	Retirada de las Interacciones sociales
Antagonismo	→	Sentimiento exagerado de auto importancia
Desinhibición	→	Impulsividad
Compulsividad	→	Perfeccionismo, Rigidez
Esquizotipia	→	Percepciones, Creencias Extraña

Los rasgos de personalidad son puramente descriptivos de los comportamientos y las conductas. Finalmente, todas las personas pueden tener diferentes rasgos de personalidad o estos pueden “aparecer” en ciertos momentos con fines adaptativos. Por ejemplo, en ciertas situaciones es “adaptativo” que surjan los rasgos paranoides. Por ejemplo, si uno entra a un lugar peligroso o se está relacionando con personas que pueden agredir o dañar, es más adaptativo ser suspicaz; o cuando hay que entregar un trabajo final, que surjan ciertos rasgos más obsesivos puede ayudar a realizar un mejor trabajo; o los emprendedores deben entusiasmar al resto para incorporarlos en los proyectos, por lo cual los rasgos narcisistas e histriónicos pueden ayudar. Evidentemente hay rasgos de personalidad que son desadaptativos por definición como los rasgos límite de personalidad.

Por último, cuando determinados rasgos de personalidad son predominantes, permanentes, se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, son muchas veces desadaptativos, se aleja de las expectativas de la cultura del sujeto y generan un malestar subjetivo y social, podemos hablar de un Trastorno de Personalidad específico. Generalmente involucran aspectos cognitivos y de interpretación de la realidad; aspectos afectivos (en cuanto a intensidad emocional); las relaciones interpersonales; y el área del control de los impulsos.