

9 DE SEPTIEMBRE DE 2022



GLOSARIO

PSIQUIATRÍA

YANNICK HARPER NARCIA

DR. SAMUEL FONSECA FIERRO

CONCIENCIA

1. Definición

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

2. Alteraciones

Las alteraciones de la conciencia comprenden:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ATENCIÓN

1. Definición

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

2. Alteraciones

Las alteraciones de la atención comprenden:

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

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

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

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

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

3. Formas de exploración

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

Formas de exploración. El mismo paciente puede describir la alteración manifestando dificultad en el pensar o en el recordar, en sentirse "aturdido" o "confundido" y preguntar, por ejemplo: ¿Qué me pasa? ¿Dónde me encuentro?, en forma perpleja.

ORIENTACIÓN

1. Definición

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

2. Alteraciones. Las alteraciones comprenden:

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

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

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

3. Formas de exploración

Generalmente, para la orientación autopsíquica basta, previo al conocimiento del nombre, apellido, edad, profesión, preguntar por estas condiciones. El desconocimiento de la

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

LENGUAJE

1. Definición

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

2. Alteraciones

2.1 Las alteraciones del lenguaje oral comprenden:

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

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

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

d) Afasia. Es la imposibilidad de expresarse por medio del lenguaje, oral o escrito, y de entender las palabras que se le dirigen (se estudia in extenso en el curso de Neurología).

e) Verborrea. (logorrea o taquilalia). Es la exageración del lenguaje hablado por aumento de su productividad (hablar incesante) y, frecuentemente, coincidente con una aceleración del tiempo psíquico; se presenta en las excitaciones psicomotrices y en las crisis maníacas, también en la embriaguez alcohólica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Las alteraciones del lenguaje escrito comprenden:

a) Disgrafía. Es la dificultad de elegir las letras que han de formar las palabras debido, generalmente, a alteraciones en los mecanismos motores.

b) Agrafia. Incapacidad de escribir por ausencia total de las imágenes gráficas.

c) Macrografía y micrografía. Son formas de disgrafia; la primera consiste en escribir con trazos muy grandes, desiguales y con tendencia a dirigirse hacia arriba, tal como se presenta en la fase maníaca de la enfermedad maníaco-depresiva; en la segunda, los trazos son muy pequeños y con tendencia a dirigirse hacia abajo, como se observa en la melancolía.

Modificaciones serias en los trazos de la escritura habitual se producen en los casos de parálisis de origen central y periférico, y en el temblor que produce el alcoholismo, la demencia senil o arteriosclerótica y la parálisis general progresiva, entre otras. Actualmente se observan disgrafias como consecuencia de las impregnaciones medicamentosas, particularmente de neurolépticos.

Los contenidos del lenguaje escrito guardan relación con el estado mental del paciente de tal manera que pueden estar presentes las mismas alteraciones del lenguaje oral. En los pacientes esquizofrénicos de larga data (crónicos), en sus escritos, son frecuentes los subrayados, adornos, signos cabalísticos, dibujos y otros, con lo cual el sujeto destaca la importancia de su ideación. También puede encontrarse microescritura y escritura en espejo (escritura en forma inversa que para leerla debe ponerse frente a un espejo).

2.3. Las alteraciones en el lenguaje mímico comprenden:

a) Hipermimia. Es la exageración de los rasgos fisonómicos en relación o no al estado afectivo dominante. La acentuación de las arrugas de la frente que forman la omega en la

depresión, las verticales del entrecejo que dan el signo de Veraguth y ambos, más las comisuras labiales caídas y la cabeza inclinada, reciben el nombre de signo de Schule en la melancolía. La perplejidad tiene también una expresión característica. En la agitación maníaca el rostro es de alegría, satisfacción y euforia con risa estruendosa o escandalosa. En estado de éxtasis, cólera, amor y miedo hay también marcada hipermimia.

b) Hipomimia. Es la marcada disminución de la mímica. La expresión facial del paralítico general con la desaparición de las arrugas y surcos nasogeniano y nasolabial es muy característica. En la catatonía esquizofrénica también se la encuentra.

c) Amimia. Es la inmovilidad de la expresión facial que no traduce vida afectiva. Muy característica es la facies parkinsoniana o fija (figé). También se encuentra en el estupor melancólico o en el catatónico y en los síndromes confusionales.

d) Ecomimia. Es la ecolalia en relación a la mímica.

e) Paramimia. Es la gesticulación que no corresponde ni a las palabras expresadas ni al estado afectivo dominante. Es un signo muy característico de la esquizofrenia. Puede también estar presente en pacientes con deficiencia mental. Es un arma de los simuladores.

3. Formas de exploración

Aparte de la atenta observación que se presta a la emisión del discurso en su entonación, fluidez y contenido, a veces se requiere de estimulaciones especiales como pedirle que lea en voz alta párrafos de un escrito o escriba un dictado en un momento determinado. Asimismo, puede pedírsele que relate su último viaje, si lo ha hecho, o discierna sobre su tierra natal, las actividades de su profesión u ocupación y así por el estilo. Precisar si el discurso es espontáneo o si requiere de constante estimulación. Recordar que existe normalmente una relación estrecha entre el afecto y el lenguaje.

AFECTIVIDAD

1. Definición

Es la experiencia afectiva total que comprende fundamentalmente los sentimientos, las emociones y el ánimo (humor). Por sentimientos se entiende estados afectivos complejos, duraderos y no intensos. Ejemplos: orgullo, celos, amor, vergüenza. En cambio, las emociones son también estados afectivos que aparecen de manera brusca, más o menos violenta, pero de pasajera duración. El miedo, la cólera y la angustia son considerados como típicos ejemplos de emociones. Por último, el estado de ánimo es la manifestación afectiva prevalente y subjetiva que domina y colorea la experiencia total de un individuo en un momento dado, e indicaría el equilibrio que existe entre los distintos sistemas funcionales del

organismo y el grado en que las circunstancias ambientales satisfacen las necesidades e intereses del sujeto.

2. Alteraciones

Las alteraciones de la afectividad comprenden:

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

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

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

2.4 Alegría. Es un sentimiento agradable de bienestar y satisfacción que se acompaña de viveza y variabilidad de gestos y movimientos y de un tono de voz de sonoridad cambiante

interrumpido por sonrisas. El júbilo o euforia es el grado máximo de alegría, y ésta es uno de los síntomas obligados del síndrome maníaco.

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

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

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

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

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

personalidades anormales y hasta en sujetos normales en determinadas circunstancias como en los velorios, por ejemplo.

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

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

2.12 Alexitimia. Es la dificultad o incapacidad de describir con palabras los estados afectivos. Estos estados afectivos se refieren especialmente a aquellos que subyacen en los llamados trastornos psicósomáticos y en algunos síndromes orgánocerebrales.

3. Formas de exploración

A través de la entrevista se puede comprobar si hay una concordancia de la afectividad con la ideación y la actividad motora. Averiguar si existen fluctuaciones del ánimo: diurnas, nocturnas, por períodos o durante la entrevista ¿Qué parte del día es más difícil? ¿Cuál es la más desagradable o temida? ¿Por qué?, (ritmo, horario). Partiendo del pesimismo expresado verbalmente o a través de la actitud o mímica, establecer la presencia de tendencias suicidas (profundizar al respecto). La comprobación de tristeza expresada verbalmente o por respuesta a la pregunta de si es capaz de alegrarse, permite explorar la depresión. En las facies del depresivo se encuentra el signo de la omega (pliegues de la frente que simulan esta letra griega), las comisuras labiales caídas y la profundización de los pliegues verticales del entrecejo que constituye el signo de la Veraguth y, todos ellos en conjunto, más la cabeza inclinada, el de Schule. Además, la actitud general es característica por la lentificación de los movimientos, la marcha casi arrastrando los pies, encorvamiento del cuerpo y voz queda. Sugiere apatía la indiferencia con ausencia de reacción a estímulos habituales, así como la falta de interés por lo que hace o por lo que sucede a su alrededor. En la angustia, como en el miedo, hay hipertonia muscular, dilatación pupilar, logoftalmus y sudor facial. Los movimientos son rápidos (de pies y manos si están sentados) o hay inquietud motora de traslación. Voz entrecortada. La cuantificación de los estados depresivos y de angustia puede realizarse a través de cuestionarios especiales como los de Hamilton, Taylor, Beck, Zung, subtest del MMPI, los diversos de la Tavistock Clinic de Londres, entre otros.