

APIR

manual de
PSICOPATOLOGÍA

PP



SEGUNDA EDICIÓN

MANUAL APIR PSICOPATOLOGÍA
2.ª edición - Mayo 2016

ISBN

978-84-944690-7-7

DEPÓSITO LEGAL

M-16635-2016

ACADEMIA DE PREPARACIÓN PIR, S.L.

www.academiapir.com

admin@academiapir.com

APIR es una marca registrada de la **Academia de Preparación PIR S.L.**

DISEÑO, MAQUETACIÓN E ILUSTRACIONES

Iceberg Visual Diseño, S.L.N.E.

IMPRESIÓN



La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.

PP

PSICOPATOLOGÍA

AUTORES

Dirección editorial

KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)
 BEATRIZ TORRES PARDO (3)
 LARA JIMÉNEZ MARTÍN (3)
 MARÍA CELESTE AMAYA MAIDANA (3)

Autores

KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)
 BEATRIZ TORRES PARDO (3)
 ANIA MARTÍNEZ VALLE (10)
 YOLANDA RENDAL ARGIBAY (5)
 EZEQUIEL PÉREZ SÁNCHEZ (2)
 LARA JIMÉNEZ MARTÍN (3)

Coautores

RAQUEL ALONSO GÓMEZ (7)	BÁRBARA MORER BAMBA (7)
MARÍA ÁNGELES BARRANTES ORTEGA (3)	RUDIGER MUÑOZ RODRÍGUEZ (5)
ALEXANDRA BARROSO DÍAZ (8)	EZEQUIEL PÉREZ SÁNCHEZ (2)
ANA BELLVER ARBONA (5)	JUANA PORTILLO ABELLÁN (9)
MARÍA BUIL LABAT (7)	MIGUEL QUESADA LÓPEZ (1)
ÁNGEL CARRASCO TORNERO (8)	ARÁNZAZU RAMÍREZ VARGAS (4)
SONIA ESTRELLA BARAJAS (6)	YOLANDA RENDAL ARGIBAY (5)
MIRIAM P. FÉLIX ALCÁNTARA (3)	MÓNICA RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ (5)
BELÉN GAGO VELASCO (8)	PABLO RODRÍGUEZ LÓPEZ (4)
MONTSERRAT GALLART ALIU (2)	CRISTINA RODRÍGUEZ MUÑOZ (2)
MARIA ANGÉLICA GARCÍA ENCINAS (4)	GONZALO RUIZ MANRIQUE DE LARA (3)
JOSÉ LUIS GIRELA MARTÍN (5)	SABRINA SÁNCHEZ QUINTERO (3)
LIDIA GÓMEZ SÁNCHEZ (5)	JUAN FRANCISCO SERRA PLA (2)
JUAN JAVIER MANGUÉ PÉREZ (5)	PABLO SOTO USERA (3)
LARA JIMÉNEZ MARTÍN (3)	KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)
ANIA MARTÍNEZ VALLE (10)	BEATRIZ TORRES PARDO (3)
LARA MASCARÓS ÁLVAREZ (8)	AMELIA VILLENA JIMENA (4)

(1) Alicante/Murcia/Albacete

(2) Barcelona

(3) Madrid

(4) Málaga

(5) Mallorca

(6) Sevilla/Córdoba

(7) Zaragoza

(8) Valencia

(9) Cáceres

(10) Bilbao

El área de la psicopatología es una constante en el examen PIR, con una media de **20 preguntas por convocatoria**.

Las preguntas frecuentes son en torno a la definición de conceptos y a la clasificación de los mismos. Por ejemplo, qué es la hipermimia, como definición, o qué tipo de alteración es la hipermimia (pregunta de clasificación).

Dentro de la psicopatología las áreas más preguntadas son la psicopatología del pensamiento y de la sensorpercepción.

Es importante debido a esto tener claros los conceptos en cada área y a qué área alterada pertenecen. Por ello, en el resumen sería interesante recoger los conceptos en cada área.

Dada la amplitud del temario PIR, en psicopatología resulta imprescindible, aparte de los dos puntos anteriores trabajar con esquemas, diferenciando los aspectos fundamentales de los detalles. Siempre se puede recurrir al manual fuente que son los manuales de Amparo Bellock para completar información.

Estos manuales han sido la referencia en psicopatología en todas las convocatorias PIR, y todo apunta a su continuidad.

Distribución por temas

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
TEMA 5. Psicopatología de la sensorpercepción	3	9	5	2	5	7		3	2	6	4	6	6	3	3	3		67
TEMA 7. Psicopatología del pensamiento	2	5	5	3	6	1		1	6	4	8	5	4	5	4	4		63
TEMA 6. Psicopatología de la memoria	4	5	4	5	5	2	1	6	2	2	1	4	4	1	3	4		53
TEMA 4. Psicopatología de la atención y la orientación		5	1	6	2			1	1	2	2	1	2	3	1	1		28
TEMA 8. Psicopatología del lenguaje				3	1	1	3	1	1	2	3		1	1	1	2		23
TEMA 3. Psicopatología de la conciencia					3	2		2	1	3	1	2	1	1	3	3		22
TEMA 9. Psicopatología de la afectividad	2	6	1	2	1	1		1			2	3			1	1		21
TEMA 2. Sistemas clasificatorios en psicopatología			5	2	3	3							1	2				16
TEMA 10. Trastornos psicomotores									2			3	2	4		2		14

TEMA 1.	MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA	11
1.1.	Introducción	11
1.2.	Criterios de normalidad psicológica	11
1.3.	Principales modelos en psicopatología.....	11
TEMA 2.	SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA	13
2.1.	Introducción	13
2.2.	Tipos de clasificación.....	13
2.3.	Modelos de clasificación en psicopatología	13
2.4.	Clasificaciones psicopatológicas internacionales	14
TEMA 3.	PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA	21
3.1.	Introducción	21
3.2.	Psicopatología de la conciencia	21
TEMA 4.	PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y LA ORIENTACIÓN	25
4.1.	Introducción	25
4.2.	Atención como proceso cognitivo	25
4.3.	Psicopatología clásica de la atención	26
4.4.	Psicopatología de la orientación	27
4.5.	Alteraciones atencionales en trastornos mentales.....	28
TEMA 5.	PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN	29
5.1.	Introducción	29
5.2.	Distorsiones perceptivas o sensoriales.....	29
5.3.	Engaños perceptivos	30
TEMA 6.	PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA	38
6.1.	Introducción	38
6.2.	Amnesia retrógrada	38
6.3.	Síndrome amnésico.....	39
6.4.	Amnesia y demencia.....	40
6.5.	Amnesias funcionales o psicógenas.....	40
6.6.	Hipermnesias	41
6.7.	Paramnesias y parapraxias.....	41
6.8.	Alteraciones mnésicas en trastornos mentales	41
TEMA 7.	PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO	44
7.1.	Introducción	44
7.2.	Trastornos formales o del curso del pensamiento	44
7.3.	Trastornos del contenido del pensamiento: delirios	45
TEMA 8.	PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE	51
8.1.	Introducción	51
8.2.	Afasia.....	51
8.3.	Disfasia infantil.....	54
8.4.	Dislalias infantiles y retraso simple del lenguaje.....	55
8.5.	Disfemia o tartamudez.....	55
8.6.	Alteraciones del lenguaje en trastornos mentales	56
TEMA 9.	PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD	59
9.1.	Introducción	59
9.2.	Alteraciones de la afectividad.....	59
TEMA 10.	TRASTORNOS PSICOMOTORES	61
10.1.	Introducción	61
10.2.	Trastornos psicomotores	61
10.3.	Trastornos de la mímica	66
	BIBLIOGRAFÍA	67

TEMA 1

MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

1.1. Introducción

Psicopatología

Ciencia en sí misma que tiene por objeto el establecimiento de reglas y conceptos generales. Partiendo de la unidad que es el ser humano, va descomponiéndolo en funciones psíquicas (percepción, memoria, conciencia, etc.) y se desentiende de la terapéutica.

1.2. Criterios de normalidad psicológica

Existen distintos criterios para comprender y delimitar la normalidad (vs. la alteración). Todos estos criterios son necesarios, pero **ninguno es suficiente por sí mismo** para dar explicación de la diferencia entre la normalidad y anormalidad en el ámbito de la psicopatología.

Criterio estadístico

Basado en la cuantificación de los hechos psicológicos a través de la estadística y su distribución normal (campana de Gauss) en la población.

Consideraciones:

- Se considera anormal todo aquello que se desviase de la normalidad, es decir, lo que resulta poco frecuente (**PIR02,129**).
- Continuidad en el espectro normalidad-anormalidad. La alteración como una exacerbación, por defecto o por exceso, de esa normalidad; son diferencias cuantitativas o de grado.
- Lo psicopatológico se caracteriza por ser infrecuente, pero posee los mismos elementos que la normalidad.

Criterio sociológico, interpersonal o consensual

Desde este criterio se considera la normalidad (salud) como la **adaptación** del individuo a los modos de comportamiento esperables, habituales y considerados correctos por el grupo social al que pertenece (normalidad adaptativa).

Los riesgos de este criterio de normalidad son evidentes: someter lo normal a las modas sociales, cambiantes con el tiempo, poco dice acerca de la esencia de la normalidad (vs. la alteración).

Criterio subjetivo, personal o intrapsíquico

Bajo este criterio, es el propio individuo el que valora su estado de salud como normal o anormal, y lo expresa a través de manifestaciones verbales y comportamentales.

El principal problema de este criterio se da en determinados tipos de patologías (psicosis, psicopatías, demencias) que se caracterizan por una escasa o nula conciencia del trastorno.

Kurt Schneider (1959) propuso una variante de este criterio: el **algedónico**, el cual se refiere al sufrimiento personal, tanto propio como ajeno, como elemento definitorio de la presencia de una psicopatología.

Criterio biológico

Este criterio señala que las alteraciones psicopatológicas se deben a la alteración y/o disfunción del funcionamiento o la estructura normal del organismo. Atiende a factores genéticos, inmunológicos, bioquímicos...

Las causas de estas alteraciones pueden ser:

- Carencia de determinados elementos constituyentes: Prefijo "a".
- Agentes patógenos externos: Prefijo "dis".
- Ruptura del equilibrio normal de los procesos o estructuras involucradas: Prefijo "hiper" o "hipo".

1.3. Principales modelos en psicopatología

Las diferentes perspectivas teóricas sobre la conducta anormal se basan en los criterios vistos en el apartado anterior y se diferencian en el mayor o menor énfasis puesto en cada uno de ellos. Existen tres grandes modelos en la psicopatología científica actual: el biológico, el conductual y el cognitivo. Cada uno de ellos tiende a enfatizar un aspecto de la psicopatología (bases orgánicas, conducta y procesos mentales respectivamente).

Modelo biológico (biomédico, orgánico o biofísico)

Fue planteado por **Hipócrates** en su concepto de "patología de los humores" y afianzado durante el S. XIX por **Kraepelin** en su sistema de clasificación de las enfermedades mentales (relevancia de la vinculación de la enfermedad mental a una enfermedad orgánica, por ejemplo en la neurosífilis), así como en el S. XX tras el descubrimiento de los psicofármacos.

Esta orientación se refleja en los sistemas internacionales de clasificación actuales.

Postulados básicos de este modelo

- Principio fundamental del modelo biológico: **El trastorno mental es una enfermedad exactamente igual que cualquier enfermedad física.**
- El trastorno mental tiene una **etiología orgánica** (a nivel cerebral por defecto genético, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático, estructural o funcional):

Responsable de la aparición de **signos** y **síntomas** cuya agrupación da lugar a categorías diagnósticas o síndromes (**PIR03, 124**).

- **Signo:**

Indicador **objetivo** de un proceso orgánico anómalo, constituyen cambios objetivamente observables y registrables (p. ej., cambios en la tensión arterial o en la temperatura) (**PIR03,124**).

- **Síntoma:**

Indicador **subjetivo** de un proceso orgánico y/o funcional (p. ej., sensación de mareo, sensación de tener fiebre, dolor...). Constituyen fenómenos no siempre observables correspondientes a experiencias privadas. Es la unidad mínima descriptible en psicopatología.

- **Síndrome:**

Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico.

- El diagnóstico es el proceso de asignación de atributos clínicos o de sujetos que los manifiestan a una determinada categoría. (**PIR**).
- El tratamiento (biológico) incide sobre la supuesta etiología orgánica.
- Al considerarse una enfermedad, se utilizan **criterios categoriales** (existe o no existe), no continuistas (**PIR97, 75**). Cada categoría se diferencia cualitativamente del resto de enfermedades mentales.

Críticas al modelo biológico

- **Reduccionismo:**

La vida mental es una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (modelo biopsicosocial). Los postulados orgánicos reducen esta complejidad a un solo factor biológico.

- **Validez:**

Muchos de sus estudios se realizan con animales, lo que conlleva una dificultad para generalizar los resultados, y además, sus estudios genéticos están abiertos a sucesivas interpretaciones en función de los avances en neurociencias.

- **Postulados rígidos:**

Considera al individuo como un ser pasivo; el diagnóstico en base a una serie de síntomas (no signos) y muchos trastornos psicológicos no obedecen a causas orgánicas.

Modelo conductual

Surge a principios de los años 60 del S. XX como nuevo paradigma de la psicología clínica debido al auge del desarrollo de la psicología del aprendizaje y a la insatisfacción con el modelo biológico aplicado a los trastornos mentales.

Postulados básicos de este modelo

- **Objetividad:**

Se centra en fenómenos objetivos y cuantificables, así como en las relaciones causales entre el ambiente y la conducta mediante la experimentación.

- **Rechazo del concepto de enfermedad:**

No habla de causas subyacentes a los síntomas.

- **Principios de aprendizaje como base teórica:**

Entiende los problemas psicopatológicos como conductas desadaptativas aprendidas a través de la historia del individuo (hábitos). Tales hábitos constituyen los síntomas clínicos y la propia conducta anormal.

- **Aproximación dimensional:**

La diferencia entre la conducta anormal y la normalidad es una cuestión de grado (cuantitativa), no de cualidad. Los sujetos deben clasificarse dentro de una misma dimensión. Proponen el análisis funcional de la conducta como alternativa al diagnóstico médico tradicional.

- **Relevancia de los factores ambientales:**

Los cuales han ido condicionando el desarrollo del individuo.

- **Énfasis en la experimentación:**

Trabajos dirigidos a la formación de teorías científicas que expliquen las causas y el tratamiento de la conducta anormal, mediante el análisis de variables, la formación de hipótesis y su contraste empírico.

Crítica al modelo conductual

- Excesivo reduccionismo:

Al considerar únicamente los factores ambientales como responsables de los comportamientos anormales y olvidar totalmente el papel de las variables intermedias (organismo, procesos cognitivos, etc.).

Modelo cognitivo

A partir de los años 50 fue cuando el cognitivismo surgió con fuerza. Encontramos sus antecedentes históricos en autores como **Wunt** y **James** (los cuales ya a principios del S. XX fijaron como elementos constitutivos de la investigación psicológica la actividad mental y la conciencia).

Postulados básicos de este modelo

- **Relevancia de fenómenos mentales** ("experiencias inusuales o anómalas" de Reed o "disconformidad" de Hampson), más que de la conducta anormal.

- **Referencia imprescindible a los fenómenos subjetivos** (introspección o informes verbales).

- **Se interesa tanto en la forma** (cómo se elabora la información) **como en el contenido** (qué se elabora).

- El **objetivo** de la investigación psicopatológica es el **estudio del funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalo**, ya sea en situaciones naturales o artificiales.

- **Consideración del sujeto como un ser activo, autoconsciente y responsable**, no una caja negra ligada a los condicionantes ambientales (como postula el modelo conductual).

- Utiliza tanto **metodología experimental como otras** más ligadas a las ciencias sociales (observacional, cuasi-experimental...).

Desde este modelo, la salud mental puede definirse sobre la base de tres parámetros que deben estar en constante cooperación e interrelación (**Giora, 1975**):

- Habilidad para adaptarse a las demandas externas y/o internas.

- Debe estar contrabalanceada por las tendencias de actualización (búsqueda constante de novedades y renovación).

- Sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación.

Resumen de los puntos principales

<p>CRITERIOS DE NORMALIDAD PSÍQUICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estadístico: distribución según la curva normal. - Sociológico e interpersonal ("consensual", Sullivan). - Subjetivo, personal o intrapsíquico (variante: "algedónico", Schneider). - Biológico.
<p>MODELOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Biológico: enfermedad mental, criterios categoriales (no continuista). - Conductual: leyes del aprendizaje, continuista. - Cognitivo: fenómenos mentales.

TEMA 2

SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA

2.1. Introducción

La elaboración de clasificaciones en psicopatología se basa en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes que se comparten, es decir, existe una regularidad de signos y síntomas, y responde a dos objetivos básicos: 1) economía cognitiva, y 2) estructuración y organización de datos.

Conceptos básicos

- **Clasificación:**
Procedimiento utilizado para identificar categorías y asignar las entidades, basándonos en atributos o relaciones comunes.
- **Diagnóstico:**
Proceso de identificación y asignación de atributos clínicos o de sujetos que los manifiestan a una categoría clínica (**PIR**).
- **Nosología:**
Es la ciencia que tiene por objeto describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo estos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos. Es decir, cuando las entidades a clasificar son enfermedades o trastornos mentales.

2.2. Tipos de clasificación

Filéticas vs. Fenéticas (o numéricas)

Clasificaciones **filéticas**: se basan en la noción aristotélica de "esencia" (p. ej., las clasificaciones hechas por Darwin de los seres vivos o las relaciones filogenéticas).

Clasificaciones **fenéticas o numéricas**: basan la clasificación en la observación empírica y en el cómputo del máximo número de características compartidas por los elementos (p. ej., las relaciones fenotípicas).

Empíricas vs. Inferenciales

Clasificaciones **empíricas**: se basan en hechos observables y objetivos.

Clasificaciones **inferenciales**: se basan en datos objetivos, al hacer inferencias sobre las causas y procesos subyacentes a lo observable.

Extensivas vs. Intensivas

Clasificaciones **extensivas**: van enumerando todos los miembros de una clase.

Clasificaciones **intensivas**: van enumerando las características necesarias para pertenecer a una categoría.

Monotéticas vs. Politéticas

Clasificaciones **monotéticas**: basan su organización en una sola variable o en un número limitado de ellas.

Clasificaciones **politéticas**: basan su organización en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los elementos de una clase (p. ej., CIE y DSM) (**PIR96, 102; PIR99, 184**).

Las categorías politéticas limitan la estereotipia, permiten mayor flexibilidad diagnóstica, refuerzan la variabilidad intragrupo y no exigen signos distintivos o patognomónicos.

Clásicas vs. Prototípicas

Clasificaciones **clásicas**: se componen de entidades discretas y homogéneas en sus características descriptivas.

Clasificaciones **prototípicas**: se basan en un prototipo que sirve de referencia, y que constituye el conjunto de características más comunes de los miembros. Se asume que el prototipo tiene propiedades de alguno de los miembros de la categoría, pero no tiene ninguna que se considere necesaria y/o suficiente para pertenecer a dicha categoría (p. ej., CIE y DSM).

2.3. Modelos de clasificación en psicopatología

Según continuidad: categorial, dimensional o híbrido
Modelos categoriales o cualitativos

Organizan las categorías, clases, tipos o clusters de elementos en base a la existencia de características comunes.

- **Ventajas:**
 - Facilita la comunicación entre profesionales y la creación de diseños para la investigación.
 - Resulta fácilmente memorizable (economía cognitiva).
 - Responde mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial.

- Unifica la psicopatología manifestada por los sujetos (integración).
- **Inconvenientes:**
 - Contribuyen al mantenimiento de la creencia de que los procesos psicopatológicos incluyen entidades discretas.
 - Pérdida importante de información: No incluyen determinados aspectos de la conducta ante la necesidad de restringir el número de atributos.
 - Criterios diagnósticos restrictivos: Para incrementar la homogeneidad en los miembros de cada clase, y se añaden categorías mixtas que sirven de cajón de sastre.
 - El número de categorías suele estar muy por debajo de las diferencias interindividuales, es decir, hay menos categorías que diferencias entre las personas.

Modelos dimensionales o cuantitativos

No se hace en base a criterios disyuntivos, sino que se apoya en un conjunto de dimensiones con las que se permite visualizar las relaciones entre los objetos.

Estas dimensiones son, por lo general, estimadas a través de ecuaciones lineales, siendo una combinación de las variables observadas. Estas descripciones dimensionales suelen usar metáforas espaciales y deberían incluir solo unas pocas dimensiones.

- Ventajas:

- Pérdida mínima de información, ya que permite combinar distintos atributos clínicos en una representación multifactorial.
- Facilita interpretar como extremos de un continuo la psicopatología y la normalidad psíquica.
- Facilita la apreciación de los cambios experimentados por los sujetos.

- Inconveniente:

- No existe un acuerdo en cuanto al número de dimensiones para representar los problemas psicológicos.

Modelos híbridos o enfoque clase-cuantitativo (Skinner)

Combinan los modelos categoriales y dimensionales. En estos modelos, las valoraciones tratan de formularse primero en términos de categoría (prestando atención a los atributos más característicos del objeto) y, después, diferenciando cuantitativamente dichos rasgos mediante dimensiones para representar distintos grados de relevancia clínica.

Este tipo de modelo ha sido utilizado por **Millon** en su clasificación de los trastornos de la personalidad.

Según estructura: vertical, horizontal o circular

Estructura vertical o jerárquica

Árboles diagnósticos en los que las categorías de nivel superior (más abstractas) engloban otras de nivel inferior (más concretas).

Ejemplos de este tipo de clasificación son la CIE-10 y la clasificación de trastornos afectivos del DSM-III-TR.

Estructura horizontal o multiaxial

Organiza las clases en series paralelas, segmentando las categorías (ejes) del mismo nivel de inclusividad.

Este tipo de estructura ha sido muy utilizado en psicopatología. Por ejemplo, el DSM-III intentó seguir una estructura multiaxial y jerárquica, integrando ambos tipos (**PIR02, 127**).

Estructura circular o circupleja

Las categorías similares se sitúan en lugares cercanos dentro de los segmentos de un círculo. Esta estructura ha sido utilizada, por ejemplo, por **Millon** para organizar las diferentes personalidades anormales (en función de dos variables: afiliación social y emotividad) (**PIR96, 103**).

2.4. Clasificaciones psicopatológicas internacionales

Clasificaciones DSM

Por encargo del gobierno norteamericano se creó la primera clasificación psiquiátrica oficial en 1840, que incluía todas las alteraciones mentales bajo el término de idiocia y locura.

DSM-I (1952)

- Desarrollado por el comité precursor de la actual American Psychiatric Association (APA).
- Se desarrolla en torno al concepto de "reacción" de **Meyer**: Trastornos mentales como reacciones a los problemas vitales y a las dificultades de los individuos. Influenciado por la obra de **Freud**, utiliza términos como "mecanismos de defensa", "neurosis", etc.

DSM-II (1969)

- Abandona la noción de "reacción", pero sigue manteniendo conceptos psicoanalíticos.
- Manifiesta una vaguedad en cuanto a la definición de categorías (similar a la CIE-8).
- Se da un cambio de terminología, dejándose de hablar de enfermedades para empezar a hablar de trastornos.
- Durante los años 70 se da en Estados Unidos un nuevo interés por la obra de **Kraepelin**, organizándose una corriente denominada neo-kraepeliana con representantes como **Robins**, **Winokur** y **Guze**. Esta corriente favoreció:
 - La publicación, en 1972, de los Criterios Feighner, un sistema taxonómico basado en definiciones precisas de las categorías diagnósticas, lo que mejoró la fiabilidad a expensas de una menor amplitud de las categorías.
 - El desarrollo de los **Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC, Spitzer, Endicott y Robins, 1975, 1982)**, una definición operativa de 25 categorías o trastornos clínicos (**PIR99, 185**). Descriptivo. Delimitan una sintomatología fundamental y otra asociada, así como unos criterios de exclusión para cada categoría. Da lugar a la entrevista semiestructurada SADS.

DSM-III (1980)

- Se basa en el DSM-II, los Criterios Feighner y RDC (**PIR99, 186**).
- Suprime conceptos vagos con el objetivo de crear un sistema "ateórico" y "descriptivo" (p. ej., suprimió el término neurosis (**PIR**) como concepto aglutinador y criterio rector de los trastornos de ansiedad, que pasan a organizarse en dos grupos: fobias y estados de ansiedad). También se eliminó el concepto de psicosis.
- Esta clasificación desarrolló una definición de criterios pormenorizados para la identificación de los trastornos, con criterios explícitos de inclusión y exclusión (**PIR03, 166**).

Llegando a una descripción amplia de cada trastorno incluyendo características esenciales y correlacionales: edad de comienzo, deterioro, factores predisponentes, tasas, patrones familiares y criterios para un diagnóstico diferencial.

- Los criterios se basan exclusivamente en signos, síntomas y rasgos observables o inferidos y no en modelos etiológicos, exceptuando los trastornos con base orgánica.
- Este uso de criterios diagnósticos operativos se debía al deseo de hacer más científica la clasificación clínica, pero con una utilidad escasamente documentada desde el punto de vista empírico.
- El DSM-III fue la primera clasificación psicopatológica en introducir un diagnóstico multiaxial (PIR02, 127) (varios ejes para la descripción del paciente). Sin embargo, se trata de un sistema de clasificación híbrido, ya que combinaba este sistema multiaxial con una estructura jerárquica para evitar que un sujeto se dé más de un diagnóstico.
 - **Tres ejes categoriales** o tipológicos o cualitativos:
 - Eje I: trastornos psiquiátricos.
 - Eje II: trastornos del desarrollo.
 - Eje III: problemas físicos.
 - **Dos ejes dimensionales** o cuantitativos:
 - Eje IV: estresores psicosociales.
 - Eje V: nivel de adaptación al entorno.

Esta organización está inspirada en dos principios básicos:

- **Principio de Parsimonia (PIR97, 72):**
Conveniencia de buscar un único diagnóstico. El más simple, económico y eficiente que pueda explicar todos los datos con los que se dispone.
- **Principio de Jerarquía:**
Existencia de un árbol sintromico, en el cual los trastornos tienden a disminuir en gravedad de arriba hacia abajo (conceptualizado por primera vez por Jaspers).

Haynes y O'Brien señalan mejoras del DSM-III en los siguientes aspectos:

- Mayor fiabilidad interjueces y estabilidad temporal de las medidas.
- Mayor homogeneidad intracategorías y heterogeneidad interclase.
- Mayor precisión en la definición operacional y en el proceso de toma de decisiones diagnósticas.
- Mejores estudios de campo para su validación.
- Mayor predisposición hacia puntos de vista conductuales, en especial ante los problemas de la infancia.

DSM-III-TR (1987)

Muy similar a la versión anterior, los cambios que se produjeron respecto al DSM-III fueron los siguientes:

- En el Eje I:
Desaparición de la diferenciación entre "Abuso de sustancias" y "Dependencia de sustancias"; supresión de la categoría específica "Homosexualidad egodistónica" y de la diferenciación entre "Trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad"; reordenación de los trastornos afectivos a "Trastornos del estado de ánimo".
- En el Eje IV:
Distinción entre "Sucesos estresantes agudos" y "Circunstancias estresantes duraderas".
- En el Eje V:
Se dio un cambio de la denominación, pasando de "Nivel máximo de adaptación en el último año" a "GAF: Escala de evaluación global de funcionamiento".

Dio lugar a la entrevista estructurada SCID (PIR).

DSM-IV (1994)

Con la publicación del DSM-IV se pretendió, además de una coordinación con la CIE-10 (que había sido introducida en 1993), dar prioridad a los resultados de las investigaciones sobre cualquier otro criterio de decisión, incluido el consenso entre expertos. Dicha información empírica fue obtenida de tres fuentes: análisis de datos, revisiones de la literatura científica y estudios de campo.

Las características más destacables del DSM-IV son:

- Se mantiene el sistema multiaxial, ampliando en el eje IV las circunstancias generadoras de estrés y manteniendo, en el eje V, el uso del GAF (aconsejando la utilización de otras escalas: SOFAS y GARF).
- Los trastornos quedan organizados en 16 categorías diagnósticas más otro apartado para otras alteraciones no recogidas y que pueden ser foco de atención.
- Si se pueden dar varios diagnósticos del Eje I deben codificarse todos ellos (PIR01, 86).
- Existe un principio organizador general basado en características fenomenológicas compartidas (PIR03, 106), excepto en los trastornos adaptativos que se basan en la etiología común.
- Excluye los trastornos mentales orgánicos e incluye las categorías de delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.
- Se reformulan algunos criterios de ciertos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como de algunos trastornos de personalidad (desaparece el trastorno de personalidad pasivo-agresivo).
Y dejan de codificarse las características desadaptativas de personalidad que no cumplen criterios mínimos para el diagnóstico de trastorno de la personalidad (PIR01, 87).

DSM-IV-TR (2000)

- El DSM-IV-TR posee una clasificación multiaxial (5 ejes) (PIR01, 253; PIR04, 62).
- Se recogen 17 categorías:
16 principales y una última para "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".
- La mayor parte del texto se mantuvo sin cambios ya que la información del DSM-IV estaba actualizada.
- Supuso una actualización de los códigos para reflejar también los de la anterior, la CIE-9-MC (modificación clínica).

(Ver tabla 1 en la página siguiente)

Dentro de **Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**, encontramos:

- Factores psicológicos que afectan al estado físico (indicar enfermedad médica).
- Trastornos motores inducidos por medicamentos.
- Trastornos inducidos por otros medicamentos.
- Problemas de relación.
- Problemas relacionados con el abuso o la negligencia.
- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

En el eje V se recoge la **Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)** (ver tabla 2 en las páginas siguientes).

(Ver tabla 3 en las páginas siguientes)

DSM-IV-TR	
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia Retraso mental Trastornos del aprendizaje Trastorno de las habilidades motoras Trastornos de la comunicación Trastornos generalizados del desarrollo Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez Trastornos de tics Trastornos de la eliminación Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia: ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno de movimientos estereotipados	Trastornos somatomorfos
	Trastornos facticios
	Trastornos disociativos
	Trastornos sexuales y de la identidad sexual Trastornos sexuales Parafilias Trastornos de la identidad sexual
	Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia Bulimia
	Trastornos del sueño
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados Trastorno explosivo intermitente Cleptomanía Piromanía Tricotilomanía Juego patológico
Trastornos mentales debidos a enfermedad	
Trastornos relacionados con sustancias Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia) Alcohol, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	
Trastornos del estado del ánimo	
Trastornos de ansiedad	
	Trastornos adaptativos
	Trastornos de la personalidad Trastornos de la personalidad del grupo A Trastornos de la personalidad del grupo B Trastornos de la personalidad del grupo C

Tabla 1. Categorías diagnósticas DSM-IV-TR.

Consideraciones de codificación

- Si un sujeto sufre más de un trastorno del eje I deben registrarse todos ellos.
- Se debe indicar en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta.
- Cuando se presenta un diagnóstico del eje I y otro del eje II, se supondrá que el principal es el del eje I, a no ser que el del eje II vaya seguido de "diagnóstico principal" o "motivo de consulta".

Permitió corregir errores y ambigüedades presentes en la anterior edición:

- Clarificación de la definición de trastorno generalizado del desarrollo (TGD).
- Eliminación del criterio de significación clínica del conjunto de criterios para los trastornos de tic.
- Modificación del criterio de significación clínica para las parafilias. Se retoma la formulación del DSM-III-TR para la pedofilia y para las parafilias que implican como víctima a un individuo que no consiente.
- Cambios en las convenciones de codificación, para indicar la existencia de síntomas psiquiátricos clínicamente significativos como parte de la demencia.
- Clarificación de los procedimientos para hacer una valoración del eje V mediante EEAG.
En la valoración para el "periodo actual" se codifica el nivel más bajo de funcionamiento durante la semana anterior a la evaluación.
- Clarificación del concepto de dependencia a varias sustancias.

DSM-5

En 2013 se publicó la quinta versión del DSM.

Principales cambios que aporta:

- Se pasa de 16+1 categorías diagnósticas a 22.
- El DSM 5 no se considera una clasificación multiaxial, si bien establece una propuesta de conceptualización entorno a tres áreas (similares a la CIE-10).
 - Área I:
Trastornos mentales, trastornos de la personalidad, retraso mental y enfermedades médicas.
 - Área II:
Alteración del funcionamiento evaluado mediante la escala WHODAS 2.0.
 - Área III:
Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica.
- Dentro de cada categoría, se acepta un enfoque dimensional (**espectros**).
- A nivel de contenido, los cambios más importantes con respecto al DSM-IV-TR se dan en la categoría de **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**, que es sustituida por la categoría de **Trastornos del Neurodesarrollo** y el resto de trastornos tradicionalmente incluidos en **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**, pasan a ubicarse en la categoría general de trastornos clínicos de referencia:

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)	
100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50 41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 10	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte (PIR01, 89).
0	Información inadecuada.

Tabla 2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

DSM-IV-TR	
EJE I	Trastornos clínicos
EJE II	Trastornos de personalidad y retraso mental Mecanismos de defensa y rasgos desadaptativos de personalidad (PIR04, 152)
EJE III	Enfermedades médicas
EJE IV	Problemas psicosociales y ambientales
EJE V	Evaluación de la actividad global (EEAG)

Tabla 3. Ejes de la evaluación multiaxial del DSM-IV-TR.

- El Trastorno de Ansiedad por Separación y el Mutismo se incluyen dentro de los **Trastornos de Ansiedad**.
- Los Trastornos de la Alimentación se incluyen dentro de los **Trastornos de la Conducta Alimentaria**.
- Los Trastornos de Conducta se incluyen dentro de los **Trastornos del Control de Impulsos**.
- El trastorno de Vinculación Reactivo se incluye en los **Trastornos de Trauma y Estrés**.
- Los Trastornos de Eliminación constituyen una categoría específica e independiente.

En la **tabla 4** se recuadra una comparativa de las categorías diagnósticas DSM-IV-TR y DSM-5 (**ver página siguiente**).

Clasificaciones CIE

La Clasificación Internacional de Enfermedades (en adelante, CIE) 1, 2 y 3 fueron coordinadas por **Bertillon** (director del servicio de Estadística de París).

Desde la **CIE4** hasta la actual CIE10 estas clasificaciones han sido coordinadas por la OMS.

Hasta la **CIE5**, este modelo de clasificación incluía sólo las enfermedades que eran causa de enfermedad e invalidez.

En la **CIE6** se incluye por primera vez un capítulo para las enfermedades mentales (Capítulo V) que se encuentra dividido en tres apartados: 1) psicosis, 2) desórdenes neuróticos, y 3) trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia).

La **CIE7** no introdujo casi variaciones.

En la **CIE8** se incorporó un glosario con las principales categorías clínicas, lo que permitió incorporar un lenguaje médico común y mejoró la fiabilidad en el área diagnóstica. Esta versión dividía las alteraciones mentales en tres grupos: 1) psicosis, 2) neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos, y 3) oligofrenia.

La **CIE9** casi no introduce cambios en el capítulo V (Trastornos Mentales).

CIE-10

En la CIE-10 aparecen 21 capítulos que recogen todo el espectro de enfermedades identificadas en el ser humano. Es en el Capítulo 5 (Capítulo V o Capítulo F) donde se clasifican los **Trastornos Mentales y del Comportamiento**.

Además existe la posibilidad de codificar, fuera del Capítulo V, la existencia de enfermedades médicas actuales potencialmente relevantes para la comprensión o el abordaje del trastorno mental (**PIR01, 88**).

La CIE-10 recoge tres ejes de evaluación: eje clínico (trastornos somáticos, trastornos psiquiátricos y trastornos de la personalidad), discapacidad y factores ambientales y del estilo de vida.

CIE-10
Eje clínico: Trastornos somáticos, Trastornos psiquiátricos y Trastornos de la personalidad
Discapacitación
Factores ambientales y del estilo de vida

Tabla 5. CIE-10.

Dentro del capítulo V relativo a los trastornos mentales y del comportamiento, se recogen las principales categorías diagnósticas, a saber (**PIR**):

CÓDIGOS	CATEGORÍAS DEL CAPÍTULO V DE LA CIE-10
F00-09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
F10-19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
F20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
F30-39	Trastornos del humor (afectivos)
F40-49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
F60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F70-79	Retraso mental
F80-89	Trastornos del desarrollo psicológico
F90-98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F99	Trastorno mental sin especificación

Tabla 6. Categorías del capítulo V de la CIE-10.

Es importante tener en cuenta que las enfermedades orgánicas aparecen en la CIE-10 fuera del capítulo V (se contemplan dentro de su capítulo correspondiente), pero se codifican, siguiendo una codificación multiaxial para los trastornos mentales, en el eje I.

A partir de la CIE-10 se han elaborado una serie de entrevistas estructuradas con preguntas estandarizadas que pretenden facilitar la obtención de datos para determinar la presencia o ausencia de un determinado trastorno. Son las siguientes:

- CIDI "Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta", **Robins y cols.** 1988 (**PIR04, 163**).
- SCAN "Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría", OMS. 1993.
- IPDE "Examen Internacional de Trastornos de Personalidad".

DSM-IV-TR	DSM-5
<p>Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia Retraso mental Trastornos del aprendizaje Trastornos de las habilidades motoras Trastornos de la comunicación Trastornos generalizados del desarrollo Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez Trastornos de tics Trastornos de la eliminación Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia: ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno de movimientos estereotipados</p>	<p>Trastornos del neurodesarrollo Discapacidad intelectual Trastorno específico del aprendizaje Trastornos motores Trastornos de la comunicación Trastorno del espectro autista Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</p>
<p>Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos</p>	<p>Trastornos neurocognitivos Delirium Trastornos neurocognitivos severos y leves</p>
<p>Trastornos mentales debidos a enfermedad</p>	<p>Otros trastornos mentales</p>
<p>Trastornos relacionados con sustancias Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia) Alcohol, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos</p>	<p>Trastornos adictivos y relacionados con sustancias Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco Trastornos no relacionados con sustancias: trastorno del juego</p>
<p>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</p>	<p>Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</p>
<p>Trastornos del estado del ánimo</p>	<p>Trastornos bipolares y relacionados</p>
	<p>Trastornos depresivos</p>
<p>Trastornos de ansiedad</p>	<p>Trastornos de ansiedad</p>
	<p>Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados</p>
	<p>Trastornos relacionados con el trauma y con el estrés Trastorno de estrés agudo Trastorno de estrés postraumático Trastornos adaptativos Trastornos reactivos de la vinculación Trastorno del comportamiento social desinhibido</p>
<p>Trastornos somatomorfos</p>	<p>Trastornos por síntomas somáticos y relacionados Trastorno con síntomas somáticos Ansiedad por enfermedad Trastorno por conversión Factores psicológicos que afectan a condiciones médicas Trastornos facticios</p>
<p>Trastornos facticios</p>	
<p>Trastornos disociativos</p>	<p>Trastornos disociativos</p>
<p>Trastornos sexuales y de la identidad sexual Trastornos sexuales Parafilias Trastornos de la identidad sexual</p>	<p>Disfunciones sexuales</p>
	<p>Trastornos parafilicos</p>
	<p>Disforia de género</p>
<p>Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia Bulimia</p>	<p>Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria Anorexia Bulimia Pica Rumiación Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta Trastorno por atracón</p>

Tabla 4. Comparativa de las categorías diagnósticas DSM-IV-TR y DSM-5.

Resumen de los puntos principales

TIPOS DE CLASIFICACIÓN

	EXTENSIVAS	INTENSIVAS
SEGÚN LA TAXONOMÍA NUMÉRICA	Filéticas	Fenéticas
SEGÚN EL PRODUCTO FINAL	Nomotéticas Clásicas	Politéticas Prototípicas
SEGÚN EL PROCESO COGNITIVO EMPLEADO	Empíricas	Inferenciales

Las clasificaciones DSM y CIE son prototípicas y politéticas

MODELOS DE CLASIFICACIÓN

Vertical vs. horizontal vs. circular	Categorial vs. dimensional
--------------------------------------	----------------------------

CLASIFICACIONES MULTIAXIALES INTERNACIONALES

EJE	DSM-IV-TR	DSM 5 (no multiaxial)	CIE-10
I	Trastornos clínicos	Trastornos mentales, trastornos de la personalidad, retraso mental y enfermedades médicas	Eje clínico: trastornos somáticos, trastornos psiquiátricos y trastornos de la personalidad
II	T. de personalidad, retraso mental Mecanismos de defensa y rasgos desadaptativos de personalidad	Afectación del funcionamiento mediante de WHODAS 2.0	Discapacitación
III	Enfermedades médicas	Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica	Factores ambientales y del estilo de vida
IV	Problemas psicosociales y ambientales		
V	Evaluación de la actividad global (EEAG)		

TEMA 3

PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

3.1. Introducción

Definición

Capacidad del organismo para conocer las propias experiencias y las de nuestro alrededor, junto a la posibilidad de darse cuenta de la realidad tanto interior como exterior.

Componentes de la conciencia

- **Sensorial** (o de atención perceptiva): Es medido como nivel de cognición o intensidad cognitiva.
- **Motor**: Es el nivel de conación o intensidad conativa, es decir, el grado de disposición para iniciar y ejecutar un acto cenestésico voluntario. En este punto es importante señalar que el paciente que presenta alteraciones en la conciencia puede adoptar conductas muy variadas, desde la agitación extrema hasta la inmovilidad propia del estado de coma.

División clásica de las alteraciones de conciencia

- **Cuantitativas**: Cuando implican alteración del nivel de conciencia (eje vertical).
- **Cualitativas**: También llamados "estados de perplejidad"; afectan a la organización mental.

3.2. Psicopatología de la conciencia

División actual de las alteraciones de conciencia

- Trastornos deficitarios de la conciencia.
- Trastornos productivos de la conciencia.
- Trastornos del estrechamiento del campo de conciencia.
- Alteraciones positivas de la conciencia.

Trastornos deficitarios de la conciencia

Definición: son alteraciones cuantitativas de la conciencia que implican la incapacidad del sujeto para responder a la estimulación sensorial, para orientarse apropiadamente en tiempo y espacio y/o para despertarse de su sueño.

Aparecen principalmente en cuadros cerebrales.

Para evaluar el nivel de conciencia de los sujetos que han padecido un traumatismo craneoencefálico (TCE) se suele utilizar la **escala de coma de Glasgow**. Es una escala neurológica que evalúa tres parámetros: respuesta ocular (de ninguna a espontánea), verbal (de ninguna a palabra orientada) y motora (de ninguna a obedece órdenes). El resultado es la suma de las tres, siendo el valor más bajo que puede obtenerse 3 (1+1+1) y el más alto 15 (4+5+6). Su interpretación es la siguiente:

- 13-15: TCE leve.
- 9-12: TCE moderado.
- 3-8: TCE grave.

Tipos (en un continuo): la letargia, la obnubilación, el estupor y el coma. En todos ellos se da un descenso homogéneo del nivel de conciencia (eje vertical).

Letargia, somnolencia o sopor

- **Definición**: Dificultad para mantener la alerta y la atención, a pesar del esfuerzo sostenido por el sujeto.
- **Apariencia del sujeto**: El nivel de alerta fluctúa ante la estimulación verbal o física, siendo fácil el cambio de estado, por lo que representa el estado menos severo de deterioro del nivel de conciencia, en un continuo que va desde el máximo grado de alerta al coma.
- Este estado no es necesariamente patológico, pero debe distinguirse de la sensación subjetiva de sueño o la dificultad para despertar (**PIR**).

Obnubilación

- **Definición**: Alteración más profunda en la que es difícil extraer al individuo de ese estado, y cuando se logra, éste se muestra confuso y desorientado.
- **Apariencia del sujeto**: Suele permanecer distraído, confundido, dándose distorsiones perceptivas (tanto auditivas como visuales), junto con alteraciones de todas las funciones intelectuales, que se encuentran enlentecidas. También es habitual que se alternen síntomas de irritabilidad y excitación con somnolencia (**PIR94, 188**).

Estupor

- **Definición**: Estado en el que el sujeto permanece ajeno o distante del entorno, no reacciona, permanece inmóvil e incluso mutista (**PIR99, 212; PIR08, 65; PIR09, 51; PIR10, 40**). Para alcanzar un ligero estado de alerta es necesaria una potente estimulación. El estupor, en términos neurológicos, es el antecedente inmediato al coma.
- **Apariencia del sujeto**: El paciente permanece inmóvil (suspensión extrema de movimientos voluntarios y de mímica), y si habla el discurso es incoherente e inteligible (**PIR96, 106**).
- **Tipos de estupor**:
 - **Estupor psiquiátrico**: Se produce una reducción de la actividad motora y mutismo, si bien es frecuente la presencia de parpadeo continuo y el oposicionismo activo de los párpados. El EEG es normal, y el nivel de alerta, la reactividad sensorial, así como los reflejos, están conservados. Se da principalmente en cuadros psiquiátricos como la depresión endógena (o melancolía), la esquizofrenia catatónica, y la histeria (**PIR04, 189**) y otros relacionados (p. ej., el síndrome pararrrespuestas de Ganser, (**PIR**)). Este cuadro psiquiátrico cede con barbitúricos.
 - **Estupor orgánico**: También cursa con mutismo y la acinesia; pero la presencia de cambios bruscos en la movilidad y el seguimiento de la mirada se relacionan más con este tipo de estupor. Aparece en lesiones cerebrales.

Coma y muerte cerebral

- **Definición**: Estado de ausencia de conciencia (**PIR99, 214**).
- **Apariencia del sujeto**: El cerebro deja de responder a la estimulación, desaparecen los reflejos oculares y el EEG está isoelectrico o plano durante

treinta minutos. Además de aparecer apnea y dilatación de las pupilas. Un signo de recuperación se da cuando en el EEG aparecen patrones de sueño-vigilia.

- **Coma vigil (o situación parasomnica de la conciencia):**

Es un estado parecido al coma, en el que el individuo está despierto (PIR95, 26).

Trastornos productivos de la conciencia

Definición: anomalías de la conciencia que originan o dan lugar a la aparición de estructuras alucinatorias y de contenidos que no se corresponden con la realidad.

Tipos: alteraciones globales y alteraciones circunscritas.

Alteraciones globales

- **Definición:**

Alteraciones productivas de la conciencia que abarcan todo el campo de la conciencia.

- **Características:**

- Siempre tienen un carácter patológico.
- Inicio súbito.
- Corta duración, con posibilidad de retorno al estado previo de normalidad.
- Repercusión global en el funcionamiento.
- No confundir con la presencia de un cuadro delirante.

- **Tipos:**

• **Onirismo o delirio del sueño.**

- **Apariencia del sujeto:**

Conducta automática con presencia de fenómenos parecidos a los sueños y actividad alucinatoria principalmente visual y de características escenográficas (escenas dramáticas y fantásticas) (PIR94, 189). Normalmente comienzan con una alteración del sueño que se altera por la presencia de pesadillas.

• **Estadio asténico-apático.**

- **Apariencia del sujeto:**

Fatigabilidad-astenia-apatía, labilidad afectiva, irritabilidad, fluctuaciones de la atención, concentración y memoria, sensibilidad a la luz y el sonido e insomnio.

- **Aparece en:**

Ancianos como pródromo de cuadros orgánico-cerebrales o tóxico-confusionales o como pródromo de cuadros de delirium.

• **Estadio confusional.**

- **Apariencia del sujeto:**

Pérdida de coherencia (apraxia ideacional), alteraciones de memoria, jerga ocupacional, disgrafía, desinhibición y amnesia de lo ocurrido durante el estado confusional.

- Suele representar el paso desde el estadio asténico-apático hasta el delirium.

• **Delirium.**

- **Definición:**

Una total desintegración de la conciencia en la que se da una fragmentación del pensamiento conceptual, alteraciones perceptivas (alucinaciones visuales (PIR94, 174)), delirios caóticos, alteraciones mnésicas y agitación psicomotriz (PIR95, 28; PIR98, 127).

- **Características (PIR05, 117):**

- Aparece de forma brusca tras una duración variable de los estadios anteriores.
- Suele durar entre una y dos semanas.
- Compromete la vida del sujeto.
- Predominio en varones.

- **Aparece en:**

Etiología orgánica provocada por multitud de enfermeda-

des y por los efectos de diversas drogas, tanto en la intoxicación como en la abstinencia (p. ej., delirium tremens que puede aparecer en la abstinencia alcohólica) (PIR03, 144).

- Muy importante diferenciarlo de las demencias, en las que esto puede ocurrir, pero la conciencia permanece conservada (PIR96, 104; PIR01, 94).

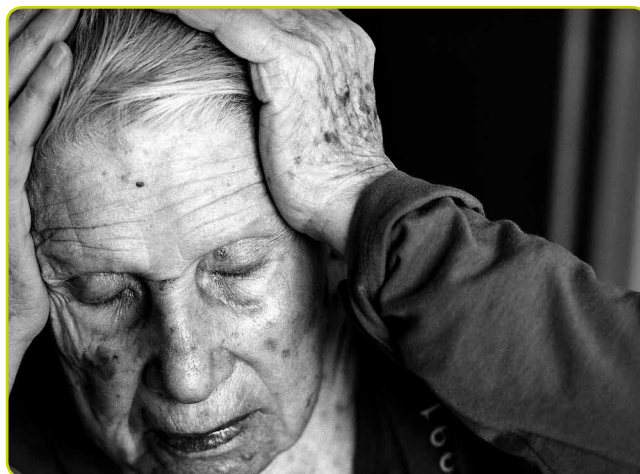


Figura 1. Anciano confuso.

Alteraciones circunscritas

- **Definición:**

Alteraciones de alguna propiedad concreta de la conciencia; son poco frecuentes y suelen darse asociadas a otros síntomas de enfermedades psiquiátricas o neurológicas.

- **Tipos:**

• **Despersonalización y desrealización.**

- **Despersonalización (definición):**

Vivencia de extrañeza o de cambio del Yo, en la que el sujeto se percibe como si no fuera real, caracterizada por pérdida de espontaneidad de los actos, del pensamiento y de los sentimientos, así como vivencia de conducta automática (PIR04, 190; PIR08, 12; PIR09, 34; PIR15, 151). Implica características diferenciales entre los neuróticos (lo relacionan con sus temores) y los psicóticos y orgánicos (que no lo identifican, sino que actúan automáticamente bajo un estado de perplejidad).

- **Desrealización (definición):**

Vivencia de cambio del ambiente externo. Frecuente en los estados disociativos.

• **Alteraciones de la conciencia corporal.**

Se deben normalmente a alteraciones cerebrales.

- **Anosognosia.**

• **Definición:**

Indiferencia que muestra el sujeto hacia la zona del cuerpo lesionada (PIR94, 190).

• **Aparece en:**

Pacientes hemipléjicos que ignoran la parte del cuerpo contralateral a la lesión cortical.

• **Hay también negación de la enfermedad.**

• **Se asocia con lesiones parietales.**

• **Variante:**

Autopagnosia (anomalía en el reconocimiento y localización de partes del cuerpo) (PIR).

• **Existen tres síndromes en los que aparece esta alteración:**

- **Síndrome de Charcot-Wilbrand:**

Agnosia visual y pérdida de la visualización de imágenes.

- **Síndrome de Anton:**

Ciego que confabula afirmando ver objetos.

- **Síndrome de Gertsman:**
Acalculia, agnosia digital, agrafia, y desorientación derecha-izquierda (PIR93,172).
- **Asterognosia.**
 - Definición:
Incapacidad para reconocer los objetos por el tacto (sí con la ayuda de otros sentidos).
 - Se da en lesiones del cuerpo caloso y en las situaciones de separación de ambos hemisferios.
- **Prosopagnosia.**
 - Definición:
Incapacidad para el reconocimiento de caras familiares (PIR95, 15; PIR96, 108; PIR 15, 160).
 - Se relaciona con:
Lesiones bilaterales del sistema visual central de la región occipito-temporal-medial.
 - Variantes:
Afectiva, ilusiones fisiognómicas y fenómenos del espejo.
- **Miembro fantasma.**
 - Definición:
Percepción de un miembro amputado, normalmente asociado a dolor intenso (dolor fantasma) (PIR98, 109; PIR07, 67).
 - El fenómeno guarda más relación con la representación en el córtex (homúnculo de Penfield), que con la imagen real del miembro.
 - No se ha descrito que se experimente este fenómeno con miembros ausentes de forma congénita.

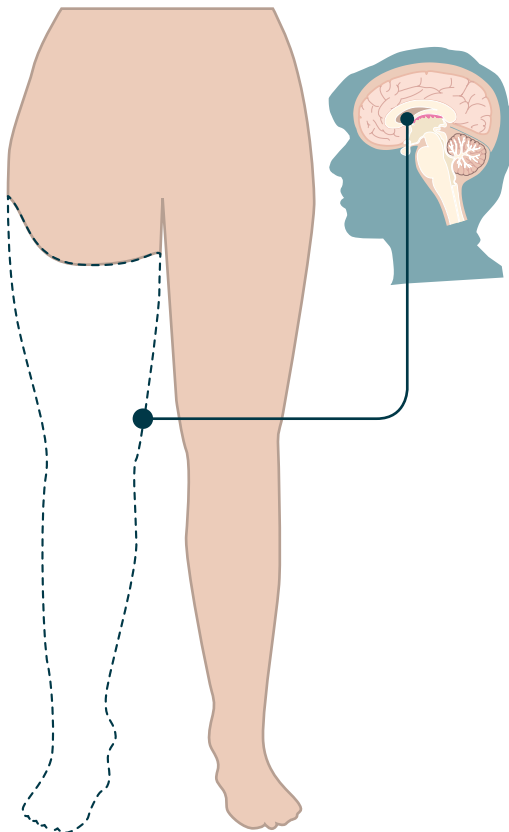


Figura 2. Miembro fantasma.

Trastornos del estrechamiento del campo de la conciencia

Definición: ruptura de la continuidad del flujo normal de ideas, pensamientos, percepciones, etc., junto con un comportamiento en apariencia normal. Suponen una disociación entre lo cognitivo-perceptivo y lo conductual, apareciendo la conducta como automática (PIR99, 211).

Características:

- Disminución del nivel de alerta o atención.
- Desorientación alopsíquica (con o sin falsa orientación).
- Automatismos conductuales.
- Reactividad a los estímulos parcialmente conservada.
- Amnesia del episodio.
- Ausencia de delirium.

Tipos: estados crepusculares, disociación hipnótica e identidad múltiple o personalidad doble (múltiple).

Estados crepusculares

- **Características (PIR95, 27):**

- Inicio y fin brusco.
- Duración variable: horas o días.
- Intensidad variable: la alteración de la conciencia en este trastorno es heterogénea.
- Amnesia tras el episodio.

- **Aparecen en:**

Epilepsias y en trastornos orgánicos, también en trastornos histéricos.

- **Apariencia del sujeto:**

Confuso, perseverativo, lento, perplejo, desorientado. Puede parecer funcionar con normalidad debido a la presencia de automatismos, y un enfoque atencional hacia vivencias interiores (PIR15 ,161).

- **Síntomas característicos (PIR96, 105):**

• **Automatismos:**

- Definición:
Actividad motora involuntaria, aunque relativamente coordinada, bajo una disminución de la conciencia.
- Su contenido suele ser la actividad que el sujeto tenía antes del episodio (y no una conducta extraña e incomprensible como aparece en los automatismos de la esquizofrenia o la histeria).
- Ejemplos:
Masticatorios, faciales o mímicos, gestuales, ambulatorios y verbales.

• **Impulsiones:**

- Definición:
Son comportamientos impulsivos que carecen de base cognitiva.
- Son el componente central de la fuga debida a un episodio crepuscular ictal, en el que el sujeto deambula durante horas sin rumbo fijo.

• **Perseveración:**

Repetición automática y frecuente de representaciones verbales y motoras, introducidas por el sujeto como material de relleno cuando se dan déficit de evocación.

Disociación hipnótica

- **Definición:**

Restricción de la conciencia cuyo elemento central es la sugestión.

- Características:

- El sujeto no planifica actividades, se convierte en pasivo.
- Puede centrar y enfocar la atención de acuerdo a las instrucciones del hipnotizador.
- Acepta las distorsiones de la realidad sugeridas.
- Amnesia para el estado hipnótico.

Personalidad o identidad doble o múltiple

El DSM-IV-TR lo clasifica como **Trastorno de la identidad disociativo**.

- Definición:

Presencia de dos o más personalidades, las cuales se alternan en el control de la conducta, con amnesia localizada.

- Aparece en:

Reacciones emocionales caracterológicas (secundarias a acontecimientos traumáticos) o de situaciones de simulación.

Alteraciones positivas de la conciencia: hipervigilancia

Definición: elevación patológica del nivel de conciencia como resultado de la excitación de los sistemas neurobiológicos que controlan la atención y la alerta.

Características:

- Sensación subjetiva de claridad mental.
- Aumento de actividad motora (y a menudo también verbal), pero no necesariamente se ve acompañado de un mejor rendimiento (elevada distraibilidad).
- Hiperfrenia:
Cuando el grado de vigilancia es máximo.

Aparece en: estados maníacos, algunas formas de esquizofrenia e intoxicación por alucinógenos y drogas noradrenérgicas.

Resumen de los puntos principales

PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

CLASIFICACIÓN	SUBTIPOS
Trastornos deficitarios de la conciencia	Letargia, somnolencia o sopor Obnubilación Estupor Coma y muerte cerebral
Trastornos productivos de la conciencia	Alteraciones globales: Onirismo Estadio asténico-apático Estadio confusional Delirium Alteraciones circunscritas: Despersonalización y desrealización Alteraciones de la conciencia corporal: anosognosia asterognosia prosopagnosia miembro fantasma
Trastornos del estrechamiento del campo de la conciencia	Estados crepusculares Disociación hipnótica Personalidad doble o múltiple
Alteraciones positivas	Hipervigilancia

TEMA 4

PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

4.1. Introducción

Atención (definición)

La capacidad de seleccionar la información sensorial en un momento determinado y de dirigir los procesos mentales.

Conceptos clave

- **Alerta:**
Respuesta fisiológica a la entrada de estímulos y receptividad aumentada a dichos estímulos.
- **Atención:**
Mecanismo selectivo en función de la categorización de los estímulos y que modifica el proceso de alerta.
- **Activación:**
Preparación cognitiva para la acción, cuya presencia es condición necesaria para los anteriores.
- **Orientación alopsíquica:**
En tiempo y espacio.
- **Orientación autopsíquica:**
Respecto a la propia identidad.

4.2. Atención como proceso cognitivo

Desde planteamientos cognitivos el objeto de estudio es el funcionamiento de los procesos de conocimientos anormales, tanto en situaciones naturales como artificiales.

Clasificación de Reed (1988)

- Atención como concentración.
- Atención como selección.
- Atención como activación.
- Atención como vigilancia.
- Atención como expectativas o set atencional.

Atención como concentración**Definición**

Capacidad para fijar la atención sobre los estímulos, objetos o situaciones.

Alteraciones de la atención como concentración (no patológicas)

- **Ausencia mental:**
Gran concentración sobre alguna cuestión concreta, lo que conlleva a "desatender" al resto de los estímulos presentes, excepto aquellos muy mecánicos o habituales (PIR93, 149; PIR99, 209; PIR01, 62; PIR03, 108; PIR10, 52). Es un fenómeno de umbral (PIR97, 93).
- **Laguna temporal:**
El paciente no puede recordar nada respecto a este periodo, aunque en dicho periodo estaba realizando alguna tarea o actividad (PIR96, 120; PIR03, 119). No es lo mismo que la amnesia, ya que en el periodo de laguna temporal no ha ocurrido nada que merezca la pena ser recordado y el sujeto no ha registrado los acontecimientos (internos o externos) que sirven para darnos cuenta del paso del tiempo. Si cambia la situación y es necesario prestar atención, este estado se desvanece (PIR01, 256).

Atención como selección**Definición**

Capacidad de la atención para discriminar los estímulos relevantes de los no relevantes (capacidad limitada de la atención).

Fenómeno de "afinar en" (Reed)

Habilidad para persistir en una fuente de información a pesar de que existan al mismo tiempo muchas otras que compiten por atraer la atención (PIR04,186; PIR09, 66).

Aparece en

Cuadros maniacos, estados crepusculares, trastornos de ansiedad y esquizofrenia, siendo en este último trastorno donde más se han estudiado estas alteraciones.

Atención como activación**Definición**

Focalización atencional y su nivel de intensidad, y está íntimamente relacionado con el nivel de activación o estrés del sujeto.

Curva de Yerkes y Dodson

- La activación mantiene una relación compleja con la capacidad atencional en forma de "U" invertida.
- Esto significa que los recursos atencionales aumentan según aumenta la activación hasta cierto punto que tal relación se invierte, ya que si continúa incrementándose la activación la capacidad atencional del sujeto va disminuyendo.

Fenómeno de visión de túnel

Toda la atención se centra en el peligro percibido, por lo que se produce un estrechamiento selectivo del foco atencional.

Atención como vigilancia**Definición**

Alta receptividad o hipersensibilidad hacia los estímulos ambientales. Actualmente, el término se utiliza para indicar un tipo de dedicación atencional definido por la propia tarea; tiene que ver con la productividad ante la misma, con el desempeño del sujeto.

Estudios sobre tareas de vigilancia (aquellas de larga duración en las que el sujeto debe detectar y/o identificar un estímulo que se presenta de forma poco frecuente).

Se han centrado en dos aspectos:

- **Nivel general de vigilancia:**
Afectado por factores como el nivel de activación tónica (ritmos circadianos).
- **Decremento de la vigilancia durante una tarea:**
También modulado por distintos factores como la activación tónica, la personalidad, y las características propias de la tarea (incentivos y probabilidades de aparición, por ejemplo).

Manifestaciones de la hipervigilancia (Eysenck, 1992)

Asociada a la Teoría de la Vulnerabilidad Cognitiva en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

- **Hipervigilancia general:**
Tendencia a atender a estímulos irrelevantes para la tarea (implica distraibilidad) (PIR98, 107; PIR07, 73).
- **Tasa de escudriñamiento ambiental:**
Mediante movimientos oculares rápidos que abarcan todo el campo visual.
- **Hipervigilancia específica:**
Tendencia a prestar atención selectivamente a los estímulos relacionados con la amenaza.
- **Ensanchamiento de la atención:**
Previa a la detección de un estímulo de alta saliencia.
- **Estrechamiento de la atención:**
Al procesar el estímulo saliente.

Atención como expectativas, "set" o anticipación

Definición

En función de su experiencia previa y su conocimiento, el sujeto es capaz de anticipar o prepararse a ciertos resultados, así como adoptar sesgos en el procesamiento de la información.

Efectos de la atención como expectativas

- Positivos:
Mayor rapidez y eficacia al consumir menos recursos cognitivos.
- Negativos:
Decremento en el rendimiento y aumento de errores cuando no se cumplen las expectativas.

Teoría de Set Segmental o Disposición Fragmentada para la Respuesta (Shakow, 1962)

- Los pacientes con esquizofrenia (PIR01, 96; PIR03, 125; PIR08, 26; PIR09, 65) no sacan provecho de las señales preparatorias en tareas que implicaban recursos cognitivos: No mantienen la predisposición hacia una respuesta rápida y correcta hacia un estímulo cuya aparición se señala previamente.
- Resultados obtenidos en experimentos de tiempo de reacción (TR):
 - Se observa un rendimiento más lento y sin beneficio de los intervalos preparatorios (IP, entre señal de aviso y el estímulo real) en sujetos con esquizofrenia.
 - El TR de los sujetos normales mejoraba si conocían que el IP era regular.
 - Cuando el IP era regular, los sujetos con esquizofrenia no mejoraban su ejecución a no ser que el IP fuera inferior a 6 segundos. Si el IP era mayor su ejecución era significativamente peor que en la serie con IP irregular, lo que fue denominado "**efecto de entrecruzamiento**" (mejor ejecución con IP irregulares que regulares largos).
- Conclusiones:
 - Los sujetos normales poseen una preparación o disposición general ("set general") con la que pueden dar una respuesta específica, apropiada y adaptativa.
 - Los sujetos con esquizofrenia poseen una disposición fragmentada ("set segmental") en la cual el ajuste previo se dirige a aspectos parciales produciendo una mayor inconsistencia de respuesta, fallan en mantener su estado de anticipación y en liberarse de lo irrelevante.

4.3. Psicopatología clásica de la atención

Clasificación clásica

- **Aprosexias:**
Reducción máxima de la capacidad atencional o abolición prácticamente completa de la misma.
- **Hipoprosexias:**
Disminución de la capacidad atencional.
- **Pseudoprosexias.**
- **Paraprosexias.**
- **Hiperprosexias:**
Aumento patológico de la capacidad atencional (no implica mejora del rendimiento, aparición de distraibilidad).

Clasificación funcional

- **Falta de atención y trastorno de la concentración:**
Incapacidad o disminución de la capacidad para enfocar, concentrarse y orientarse hacia un determinado objeto. Conlleva intensa distraibilidad y falta de capacidad para concentrarse.
- **Estrechamiento de la atención:**
La concentración se dirige sobre unas pocas cosas. Aparece frecuentemente en cuadros paranoides.
- **Oscilaciones de la atención y la concentración:**
Implican alteraciones en la duración de la atención.

Aprosexias

Definición

Disminución máxima de la capacidad atencional, grado más intenso de distraibilidad. Ésta se mantiene fijada en determinados contenidos o vivencias donde resulta imposible movilizarla (PIR93, 162; PIR94, 191; PIR01, 61; PIR02, 133; PIR03, 107).

Aparece en

Algunas agitaciones y cuadros de estupor.

Hipoprosexias

Definición

Disminución de la capacidad atencional. En función del grado de disminución de la atención, hablamos de:

Distraibilidad

- Definición:
Inestabilidad de la atención. Aparición de cambios bruscos del foco atencional.
- Apariencia del sujeto:
Incapaz de mantenerse ajeno a estímulos externos cuando está implicado en una determinada tarea. También puede observarse inquietud, hipercinesia o agitación a nivel motor.
- Etiología (PIR95, 16):
 - Orgánica:
En estados crepusculares e intoxicación por sustancias.
 - Psiquiátrica:
TDAH y cuadros maniacos (PIR94, 192).

Labilidad atenta emocional

Inconstancia atencional y variaciones en su rendimiento debido a la influencia de niveles elevados de ansiedad.

Inhibición de la atención o inatención

- Definición:
Incapacidad del sujeto para movilizar la atención.
- Apariencia del sujeto:
Ensimismado y sin interés por los cambios visuales o auditivos que ocurren en su alrededor.
- Etiología:
 - Orgánica:
Acompañada de desorientación y otras alteraciones cognitivas.
 - Psiquiátrica:
Cuadros de inhibición motora de la melancolía y la esquizofrenia.

Negligencia de la atención

- **Síndrome de negligencia:**
Se da en lesiones focales (PIR97, 82) del hemisferio no dominante; se compone de:
 - Acinesia.
 - Negligencia hemiespacial.
 - Inatención unilateral: implica ignorar la mitad del espacio extrapersonal e incapacidad de síntesis de los datos sensoriales.
- **Síndrome de heminegligencia espacial izquierda (PIR98, 103).**
 - Definición:
Falta de atención a estímulos presentes en el lado contralateral a la lesión cortical. Supone una alteración en la representación interna del espacio. Estos pacientes no atienden a los estímulos presentados en la mitad izquierda del campo visual.
 - Etiología:
Lesiones parietales del hemisferio derecho.
 - Componentes del cuadro:
 - Hemi-inatención:
Incapacidad para responder o informar de estímulos que se presentan contralateralmente a la lesión.
 - Alaquestesia:
Capacidad para identificar un estímulo aunque lo localicen mal.
 - Extinción:
Cuando el paciente va mejorando el defecto en la detección de estímulos contralaterales solo ocurre cuando se les somete a estimulación bilateral (es más frecuente en las modalidades visual y táctil).
 - Hemicinesia:
Dificultad o incapacidad para el inicio de la acción dirigida hacia el espacio contralateral a la lesión (sin que exista un defecto motor que lo explique). Disminuye cuando utiliza ambas extremidades de forma simultánea.
 - Negligencia hemiespacial o neglect:
Se manifiesta cuando el sujeto copia o dibuja una figura ya que puede que omita la mitad de la misma contralateral a la lesión. Puede verse tanto en sus dibujos como al leer, escribir y/o respecto al espacio personal.

Fatigabilidad de la atención

- Definición:
Agotamiento fácil de la atención.
- Aparece:
Secundariamente a factores de compromiso cerebral, como la neurastenia postraumática y determinadas fases de algunos tumores cerebrales o procesos demenciales.

Apatía

- Definición:
Dificultad para mantener la atención sobre los estímulos.
- Aparece en:
Estados asténico-apáticos, fatiga extrema, necesidad de sueño, estados de desnutrición o sobredosis de psicofármacos, procesos degenerativos difusos (corticales o subcorticales)...

Perplejidad de la atención

- Alteración cualitativa de la atención.
- Definición:
Incapacidad para sintetizar el contenido de lo atendido, el paciente no logra comprender sus acciones y las circunstancias que le rodean (PIR97, 174).

Pseudoaproxias, paraprosexias e hiperprosexias

Pseudoaproxias

- Definición:
Falta de atención o aproxia cuando en realidad la capacidad atenta se halla conservada.
- Se observa en la simulación, en particular en el **síndrome de Ganser** (presencia de comportamientos impresionantes y respuestas insensatas, como calculados para impresionar a los demás), y en comportamientos histéricos.

Paraprosexias

- Definición:
Situaciones en las que la atención toma una dirección anómala como en la hipocondría (en la que el paciente es incapaz de desviar la atención de su posible enfermedad).

Hiperprosexias

- Definición:
Focalizaciones excesivas y transitorias de la atención que suceden en el transcurso de alteraciones de la conciencia caracterizados por hiperlucidez o sensación de claridad mental y vigilancia extrema.
- La atención está inestable y el rendimiento disminuye considerablemente, ya que se producen cambios continuos en la focalización atencional (distrabilidad) (PIR96, 121; PIR99, 213; PIR 15, 162).
- Aparece en:
Cuadros maniacos (PIR98, 102).

4.4. Psicopatología de la orientación

El hipocampo es la estructura cerebral más asociada con la consolidación de las imágenes topográficas del exterior.

Tipos de alteraciones de la orientación (Berrios)

- **Desorientación orgánica:**
 - Definición:
Desorientación masiva en tiempo y espacio.
 - Apariencia del sujeto:
No sabe dónde está ni el momento que es, y suele estar amnésico.
 - Si se asocia a desorientación autopsíquica podemos encontrarnos ante un cuadro confusional grave.
 - Etiología:
Orgánica.

- **Doble orientación**, orientación errónea delirante o contabilidad doble:

El sujeto se orienta simultánea o alternativamente con parámetros normales y anormales.

- **Falsa orientación** u orientación confabulada:

El sujeto se orienta con parámetros patológicos y parece ignorar los parámetros temporo-espaciales reales.

4.5. Alteraciones atencionales en trastornos mentales

Aunque las alteraciones atencionales nunca se han tenido en cuenta como signo importante para el diagnóstico de los trastornos mentales, es relevante conocer cómo éstas se manifiestan en algunos trastornos.

TRASTORNOS	ALTERACIONES ATENCIONALES
Esquizofrenia	Se han encontrado anomalías atencionales de manera sistemática y en multitud de estudios en esta patología (como el "set segmental"), pero no existe una explicación concluyente. Parece que presentan un déficit en vigilancia y atención sostenida (PIR98, 124), así como en atención selectiva (PIR03, 109).
Depresión	Los pacientes presentan quejas frecuentes de falta de atención y problemas cognitivos.
Ansiedad	Sesgo preatencional hacia el procesamiento de estímulos amenazantes frente a los neutros (PIR99, 210). Mayor demanda de recursos cognitivos. Mayor selectividad atencional de forma automática y preatencional hacia palabras con carga emocional amenazante.

Tabla 1. Alteraciones atencionales en trastornos mentales.

Resumen de los puntos principales

PSICOPATOLOGÍA COGNITIVA DE LA ATENCIÓN (Reed, 1988)

Atención como concentración	Ausencia mental Laguna temporal
Atención como selección	"Afinar en"
Atención como activación	"U" invertida (Tª Yerkes y Dodson) "Visión en túnel"
Atención como vigilancia	Hipervigilancia (Eysenck)
Atención como expectativas / anticipación	"Set general" vs. "Set segmental" (esquizofrenia)

PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN

Aprosexias Hipoprosexias	Distraibilidad Labilidad atenta emocional Inhibición de la atención o inatención Negligencia Fatigabilidad Apatía Perplejidad
Pseudoaprosexias Paraprosexias Hiperprosexias	

PSICOPATOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN

Desorientación orgánica Doble orientación (orientación errónea delirante o contabilidad doble) Falsa orientación (orientación confabulada)
--

TEMA 5

PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSO PERCEPCIÓN

5.1. Introducción

Sensación (definición)

Estimulación de los órganos sensoriales.

Percepción (definición de Neisser)

Proceso constructivo (activo) a partir del cual se interpretan los datos sensoriales.

La percepción es un **fenómeno complejo**, en el que intervienen las características del estímulo presentado, las predisposiciones individuales del sujeto receptor y el contexto en el que se encuentra. No depende solo de las características del estímulo.

Perspectivas de estudio de las imágenes mentales

- **Dualismo:**
Se defiende la existencia de un código representacional específico para el procesamiento de las imágenes mentales y otro para el procesamiento en términos de proposiciones.
- **Teorías reduccionistas:**
Se plantea la existencia de un único formato para las representaciones mentales que se dan tanto en las palabras como en las imágenes, y cuya naturaleza sería proposicional, abstracta y uniforme.

Clasificación clásica de los trastornos senso perceptivos

- Distorsiones perceptivas o sensoriales.
- Engaños perceptivos.

5.2. Distorsiones perceptivas o sensoriales

Introducción

Definición

Percepción distorsionada de un estímulo existente. Se producen cuando el estímulo ("fuera" del sujeto (PIR02, 134)) se percibe de forma distinta a la esperada teniendo en cuenta sus características formales, o si se percibe de manera distinta a la habitual, siempre contando con la existencia real y accesible del estímulo a nuestros sentidos. La anomalía no se encuentra en los sentidos, sino en la integración del mismo en la percepción.

Clasificación de las distorsiones perceptivas

- Hiper/hipoestesias:
Afectan a la percepción de la intensidad del estímulo.
- Metamorfopias:
Afectan a la percepción del tamaño y la forma del estímulo (PIR94, 179).
- Anomalías en la percepción de la cualidad del estímulo.
- Anomalías en la integración perceptiva.
- Ilusiones.

CUALIDAD AFECTADA	DISTORSIONES PERCEPTIVAS	SUBTIPOS O CASOS
Intensidad	Hiperestesias Hipoestesias	Hiper/hipoalgesia
Tamaño y/o forma	Metamorfopias	Dismegalopsias Dismorfopias Autometa- morfopias
Cualidad global	Anomalías en la percepción de la cualidad	
Integración de cualidades	Distorsiones en la integración perceptiva	Escisión perceptiva (morfolisis, metacromía) Aglutinación (ej. especial: sinestesia)
Estructuración de EE ambiguos	Ilusiones	Sentido de presencia Pareidolia

Tabla 1. Distorsiones perceptivas o sensoriales.

Distorsiones en la percepción de la intensidad de los estímulos

Subtipos

- **Hiperestesias:**
Percepción excesiva de la intensidad del estímulo (PIR99, 216; PIR01, 77).
- **Hipoestesias:**
Percepción disminuida de la intensidad del estímulo.
- **Anestesia:**
Ausencia absoluta de percepción de intensidad estimular.

En el caso de la **percepción del dolor**, hablamos de: **hiperalgias, hipoalgias y analgesias**.

Aparecen en

Alteraciones neurológicas, alteraciones transitorias de los sentidos (p. ej., bajo efecto de sustancias, se puede alterar la percepción de los colores) y en trastornos mentales (p. ej., analgesia en el trastorno conversivo, hiperacusias en los trastornos de ansiedad, hipoestesias gustativas en la depresión, etc.).

Distorsiones en la percepción del tamaño y forma de los estímulos: metamorfopias

Subtipos

- **Dismegalopsias:**
Distorsiones en la percepción visual del tamaño.
 - Macropsias o megalopsias:
A escala aumentada.
 - Micropsias:
A pequeña escala.

- Dismorfopsias:

Distorsiones en la percepción visual de la forma (PIR97, 86; PIR02, 148).

Autometamorfopsias: distorsiones en la percepción del tamaño y/o la forma del propio cuerpo.

Aparecen en

Alteraciones neurológicas y en contexto de consumo (p. ej., de mescalina (PIR01, 67)). Rara vez ocurren en trastornos mentales.

Distorsiones en la percepción de la cualidad

Definición

Alteraciones en la percepción de cualidades menores de los estímulos. Nitidez de las imágenes, cambios en el color de los objetos (p. ej., percibirlos opacos o sin color), cambios en la percepción gustativa (p. ej., que todo sepa amargo o con sabor a óxido) y olfativa (p. ej., olor a podrido) (PIR00, 35; PIR04, 230).

Aparece en

Alteraciones neurológicas, consumo de sustancias, uso de ciertos medicamentos y en trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia o depresión).

Distorsiones en la integración perceptiva

Definición

Incapacidad para establecer los nexos existentes entre dos o más percepciones que proceden de modalidades sensoriales diferentes. El sujeto puede tener la sensación subjetiva de que las diferentes fuentes de estimulación sensorial compiten por su atención (PIR10, 53).

Son asociaciones o pérdidas de asociaciones entre sensaciones, no entre una percepción normal y otra alterada (eso sería una alucinación funcional o refleja).

Subtipos

- Escisión perceptiva:

El objeto percibido se descompone en elementos y el sujeto es incapaz de integrar las percepciones de las distintas modalidades sensoriales (PIR01, 257; PIR02, 128). Es una percepción desintegrada de los diversos elementos de un mismo estímulo.

Tipos:

- Morfólisis: Disociación de las formas.
- Metacromía: Disociación entre forma y color (PIR99, 220; PIR04, 225).

- Aglutinación perceptiva:

Diferentes cualidades sensoriales se funden en una única percepción, siendo el sujeto incapaz de diferenciarlas.

• Sinestesia (PIR15, 165):

Variante de la aglutinación perceptiva en la que se produce una asociación anormal de las percepciones, es decir, una de las percepciones se asocia a una imagen que pertenece a un órgano sensorial diferente (PIR97, 73). Es ejemplo de este fenómeno la "audición coloreada".

Distorsiones en la estructuración de estímulos ambiguos: ilusiones

Definición de ilusión

Percepción inadecuada de un estímulo concreto en el que la percepción final no se corresponde con las características objetivas del estímulo (PIR97, 90).

Son el resultado de la tendencia del sujeto (predisposición personal) a organizar en un todo significativo elementos más o menos aislados entre sí (falta de estructuración clara del estímulo): figuras reversibles, ilusiones de Müller-Lyer, ilusiones por contraste, etc.

Subtipos

- Paraeidolia:

El individuo da un significado a un estímulo con poca estructuración o ambiguo (p. ej., formas de las nubes) (PIR95, 20; PIR03, 104; PIR15, 164).

- Sentido de presencia:

El individuo tiene la sensación de no estar solo, a pesar de no darse en el ambiente la presencia de otras personas ni estímulos que puedan justificar esa sensación. Se produce en ciertas situaciones vitales como soledad o cansancio extremo, así como en estados de ansiedad, histeria, esquizofrenia o cuadros orgánicos.

Valor diagnóstico de las ilusiones (Hamilton)

- Asociación probable con otros síntomas.
- Indican un estado emocional elevado: Los estados emocionales ansiosos favorecen la percepción de ilusiones, hacen que se eleve el umbral perceptivo y el sujeto se encuentre aturdido.
- Alertan al clínico de la existencia de una base etiológica para la falta de claridad perceptiva.

5.3. Engaños perceptivos

Han recibido también el nombre de "percepciones falsas", "aberraciones perceptivas" o "errores perceptivos".

Definición

Experiencia perceptiva anómala que no se fundamenta sobre estímulos realmente existentes fuera del sujeto o que persisten cuando el estímulo que las originó ha desaparecido. Suelen coexistir con el resto de percepciones no alteradas.

Clasificación de los engaños perceptivos (PIR97, 87)

(Ver tabla 2 en la página siguiente)

Alucinaciones

Constituyen el trastorno más representativo de la psicopatología de la percepción y la imaginación, y es uno de los síntomas de la presencia de trastorno mental por excelencia, aunque en determinadas ocasiones pueden darse en sujetos mentalmente sanos bajo ciertas condiciones ambientales.

Según **Schneider**, la presencia de alucinaciones es un criterio de primer rango para el diagnóstico de esquizofrenia.

ENGAÑOS PERCEPTIVOS	SUBTIPOS O CASOS
Alucinaciones	
Variantes de la experiencia alucinatoria	Pseudoalucinaciones Alucinaciones funcionales Alucinaciones reflejas Autoscopia (PIR05, 102) Alucinaciones extracampinas
Pseudopercepciones o imágenes anómalas	Imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas Imágenes mnémicas Imágenes eidéticas Imágenes consecutivas Imágenes parásitas Imágenes alucinoides

Tabla 2. Clasificación de los engaños perceptivos.

Entre los factores implicados para la aparición de alucinaciones, **Slade y Bentall** señalan la que una estimulación escasa o poco estructurada y de baja intensidad aumenta la probabilidad de que aparezcan alucinaciones (PIR98, 108; PIR01, 72). Los estudios demuestran que, cuanto menor es la complejidad estimular a la que está sometido el sujeto, más claras y duraderas son las alucinaciones.

La ausencia de control por parte del individuo sobre sus alucinaciones, entendida como imposibilidad o gran dificultad para alterar la experiencia a voluntad propia, es una característica compartida por otras patologías mentales, como las imágenes parásitas, las hipnagógicas o las obsesivas, que se describen más adelante.



Figura 1. Alucinaciones.

Acercamiento conceptual a las alucinaciones

Esquirol (1832), primera definición de alucinación: quien afirmaba que el individuo que alucina daba realidad a imágenes que provenían de la memoria y sin que los sentidos intervinieran.

Posturas contemporáneas para la definición y comprensión de las alucinaciones.

1. **Horowitz (1975)**, desde el modelo del procesamiento de la información, explica las alucinaciones como anomalías que ocurren durante los tres procesos de conocimiento: codificación, evaluación y transformación. Sostiene que las alucinaciones son imágenes mentales que proceden de fuentes

internas de información, pero que el sujeto evalúa incorrectamente como procedentes del exterior, y además se suelen producir como intrusiones.

2. **Slade y Bentall (1988)**, también desde una perspectiva cognitiva, proponen la "definición de trabajo" para una conceptualización comprensiva de las alucinaciones; de este modo la alucinación es una experiencia parecida a la percepción que:
 - Ocurre en ausencia de un estímulo apropiado.
 - Tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real.
 - No es susceptible de ser controlada voluntariamente por quien la experimenta.

Tres posturas históricas para la definición y comprensión de las alucinaciones.

1. **Postura perceptualista:**
Alucinación como falsa percepción.
 - El origen de estas posturas lo encontramos en la definición de alucinación de **Ball (1980)** como una "percepción sin objeto".
 - EL DSM-III-R plantea las alucinaciones sobre esta base y las define como "percepción sensorial sin estímulo externo para el receptor correspondiente".
2. **Postura intelectualista:**
Alucinación como creencia de naturaleza cognitiva.
 - Ya que la alucinación supone la convicción íntima del sujeto frente a sus componentes sensoriales.
 - Supone un doble juicio intelectual: **Psicológico** (creencia de que se percibe algo) y de **realidad** (eso que se percibe es real).
3. **Postura mixta:**
Alucinación como una alteración tanto del pensamiento como de la percepción.
 - **Marchais (1970):**
Alucinación como percepción sin objeto que implica de la convicción del sujeto.

Clasificación global de las alucinaciones

(Ver tabla 3 en la página siguiente)

Clasificación de las alucinaciones según su modalidad sensorial (ver tabla 4 en la página siguiente)

- **Alucinaciones auditivas.**
Son las más frecuentes, sobre todo en la esquizofrenia (PIR95, 22).
 - Subtipos (Wernicke):**
 - **Acoasmas:**
Alucinaciones auditivas simples como pitidos, cuchicheos, campanas, pasos, etc.
 - **Fonemas:**
Alucinaciones auditivas más estructuradas, que incluyen palabras con significado, voces, etc.
 - **Eco del pensamiento:**
El paciente escucha sus propios pensamientos expresados en voz alta a medida que los está pensando (PIR94, 1811; PIR95, 25; PIR05, 111). El eco de la lectura es parecido pero ocurre cuando el sujeto está leyendo (fue descrito por Baillarger).
 - **Alucinaciones imperativas:**
Designan las voces que expresan mandatos al sujeto. "Vístete". Aparecen en el trastorno depresivo mayor, en psicosis exógenas y en cuadros orgánicos.

SEGÚN SU COMPLEJIDAD	<p>Cuanto menos compleja sea la alucinación es más probable que se deba a causas orgánicas y menos a trastornos mentales (PIR97, 91).</p> <p>Se distinguen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elementales: sencillas, indiferenciadas y difusas, como ruidos, zumbidos o resplandores. Constituyen la mayoría de las alucinaciones. - Complejas: se refieren a cosas concretas, como voces, música, personas, escenas, etc.
SEGÚN SU CONTENIDO	<p>Normalmente relacionadas con los conflictos y necesidades del individuo. Suelen reflejar características culturales y/o religiosas.</p> <p>Situaciones vitales extremas predisponen a alucinar sobre contenidos concretos, por ejemplo reclusión.</p> <p>Se relaciona con el contenido de los delirios o de otras patologías. El 90% de los pacientes que presentan alucinaciones también tienen delirios, pero sólo el 35% de los que sufren delirios presentan alucinaciones.</p>
SEGÚN LA MODALIDAD SENSORIAL	<p>Las más frecuentes son la auditiva y la visual, pero también puede aparecer en el resto de modalidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auditivas: normalmente en cuadros funcionales. - Visuales: normalmente aparecen en cuadros orgánicos. - Táctiles o hápticas. - Olfativas. - Gustativas. - Somáticas o cenestésicas. - Cinestésicas. - Mixtas o multimodales: cuando aparecen simultáneamente en varias modalidades.

Tabla 3. Clasificación global de las alucinaciones.

CLASE	SUBTIPO
Alucinaciones auditivas	<ul style="list-style-type: none"> - Acoasmas (simples) vs. fonemas (complejas): 1. Eco del pensamiento 2. Alucinaciones imperativas 3. Alucinaciones en segunda persona 4. Alucinaciones en tercera persona
Alucinaciones visuales	<ul style="list-style-type: none"> - Simples (fotopsias o fotomas) - Complejas: tamaño normal, liliputienses o gulliverianas, autoscopia o "imagen del espejo fantasma", autoscopia negativa
Alucinaciones olfativas	
Alucinaciones gustativas	
Alucinaciones tácticas	<ul style="list-style-type: none"> - Activas vs. pasivas 1. Térmicas 2. Hídricas 3. Parestesias 4. Formicación
Alucinaciones somáticas	
Alucinaciones cinestésicas	

Tabla 4. Clasificación de las alucinaciones según su modalidad sensorial.

- **Alucinaciones en segunda persona:**
Son típicas de la depresión. Hablan al sujeto en tú “no vales para nada”, “eres repugnante”, etc.

- **Alucinaciones en tercera persona:**
Típicas de la esquizofrenia. Hablan al sujeto desde él “no vale para nada”, “eres repugnante”, etc. Suelen denominarse como voces comentaristas de la propia actividad (PIR04, 213).

Aparecen en:
Trastornos funcionales (depresión, esquizofrenia...) y alucinosis alcohólica (PIR94, 177).

- **Alucinaciones visuales.**

Subtipos:

- **Fotopsias o fotomas:**
Las más elementales (destellos, llamas, puntos...) (PIR01, 107).
- **Complejas:**
Figuras, escenas. Variantes:
 - **Liliputienses:**
A pequeña escala.
 - **Gulliverianas:**
A gran escala.
 - **Autoscopia, fenómeno del doble o imagen del espejo fantasma:**
El individuo se percibe a sí mismo como un doble reflejado en un cristal, con consistencia gelatinosa y transparente, pero con la certeza de que es él mismo (PIR97, 74; PIR10, 46).

Aparecen en:
Trastornos orgánicos agudos (PIR97, 88) como delirium tremens (PIR04, 153; PIR05, 118), epilepsia temporal o intoxicación por alucinógenos, siendo poco habituales en la esquizofrenia.

- **Alucinaciones en otras modalidades sensoriales.**

- **Alucinaciones olfativas:**
Son poco frecuentes. Normalmente aparecen junto a alucinaciones gustativas.
Aparecen en: depresión mayor, la esquizofrenia, y algunos cuadros orgánicos, como el aura de la epilepsia, o lesiones en el uncus del lóbulo temporal.
- **Alucinaciones gustativas:**
Son poco frecuentes. Se suelen dar junto con alucinaciones olfativas.
Aparecen en alcoholismo crónico, la histeria, epilepsia del lóbulo temporal (PIR09, 62), irritabilidad del bulbo olfatorio, tumor cerebral, cuadros maníacos, depresiones psicóticas, delirantes crónicos y en la esquizofrenia (asociadas a un delirio de envenenamiento).

Recuerda...

El 90% de los sujetos que presentan alucinaciones también presentan delirios; el 35% de los sujetos con delirios tiene también alucinaciones.

- **Alucinaciones táctiles o hápticas:**
Pueden sentirse en cualquier parte del cuerpo, y tomar la forma de pellizcos, toques, caricias, calambres, quemaduras, etc. (PIR96, 119; PIR99, 218).
Subtipos según experiencias subjetivas de participación:

- **Activas:**
El paciente siente que toca cosas inexistentes. Son poco frecuentes y se dan en delirios tóxicos como el delirium tremens.

- **Pasivas:**
El paciente siente que alguien o algo le causa esas sensaciones que pueden ir o no acompañadas de dolor.

Otros subtipos:

- **Térmicas:**
Calor-frío percibido de manera anormal y extrema.
- **Hídricas:**
Percepción de fluidos.
- **Parestesias:**
Sensación de hormigueo.
- **Formicación, delirios dermatozoicos, zoopáticos, o enterozoicos:**
Percepción de que hay insectos o pequeños animales por debajo o encima de la piel (PIR10, 51). Frecuente en estados orgánicos como en la psicosis cocaínica y el delirium tremens.

Aparecen con mayor frecuencia en la esquizofrenia.

- **Alucinaciones somáticas, corporales, viscerales o cenestésicas.**

Son percepciones particulares del interior del propio cuerpo, de todos los órganos o de las extremidades (p. ej., ver el corazón fuera del cuerpo; (PIR00, 40; PIR09, 48)). Se dan en la esquizofrenia junto con delirios bizarros.

- **Alucinaciones cinestésicas.**

Se refieren a la percepción de movimiento de ciertas partes del cuerpo que en realidad están inmóviles.
Aparecen en: trastornos neurológicos como en la enfermedad de Parkinson (p. ej., el paciente describe la sensación de estar temblando interiormente y de que sus piernas giran y se retuercen, pero al evaluarle constatamos que no se produce el más ligero movimiento (PIR04, 221; PIR09, 59)), en la retirada de benzodiazepinas y también en la esquizofrenia.

Variantes de la experiencia alucinatoria

Son tipos especiales de alucinaciones, que no pueden clasificarse según los criterios anteriores. Son:

- Pseudoalucinación.
- Alucinación funcional.
- Alucinación refleja.
- Alucinación negativa.
- Autoscopia o fenómeno del doble.
- Alucinaciones extracampinas.

Pseudoalucinaciones (alucinaciones pálidas de Griesinger, alucinaciones aperceptivas de Kahlbaum)

- **Definición:**
“Un tipo de alucinación caracterizada por el mantenimiento del sentido de realidad, la implicación de diferentes modalidades sensoriales, el contenido infantil, ingenuo y fantástico, y por tener significados psicológicos” (DSM-IV-TR). Únicamente se menciona como síntoma en el trastorno de conversión.

- **Características:**
El sujeto las experimenta con subjetividad, como pertenecientes al mundo interno del sujeto (como las imágenes reales) (PIR93, 153; PIR94, 176), pero tiene los mismos elementos sensoriales que las alucinaciones. Y su característica principal es la ausencia de convicción de realidad.
Suelen ser visuales o auditivas (PIR01, 69).

- **Aparecen en:**

Estados hipnagógicos e hipnapómpicos, de trance, fatiga, de privación sensorial, y consumo de ciertas drogas, en especial, alucinógenos. También en estados de crisis o emocionalmente intensos, como las "alucinaciones de viudedad" (PIR99, 219).

Alucinaciones funcionales

- **Definición:**

Un estímulo real que desencadena la alucinación es percibido al mismo tiempo y en la misma modalidad sensorial que la alucinación (PIR95, 24; PIR02, 150; PIR, 05, 112). De forma simultánea, una percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación (a diferencia de lo que ocurre en las ilusiones).

Por ejemplo, oír una voz cuando la aspiradora está funcionando, y dejar de oírla cuando ésta se apaga (PIR94, 178). Se denomina funcional porque, como puede verse, la percepción alterada está "en función de" la existencia de estímulos externos.

- **Aparecen en:**

Esquizofrenia, especialmente en pacientes de larga evolución de la enfermedad.

Alucinaciones reflejas

- **Definición:**

Un estímulo determinado provoca una alucinación en una modalidad sensorial diferente (variedad patológica de la sinestesia) (PIR95, 19; PIR01, 71; PIR07, 28).

Por ejemplo, ver un perro y sentir una punzada en el estómago.

Alucinaciones negativas

- **Definición:**

Lo contrario a la alucinación, el sujeto no percibe algo que realmente existe. Pero hay que señalar que estos sujetos no se comportan como si la ausencia de ese objeto fuera real (p. ej., dice no ver una mesa pero la esquivo al caminar) (PIR05, 109). Se han encontrado aspectos comunes con la sugestión.

- **Autoscopia negativa:**

El sujeto no se ve a sí mismo cuando su imagen se refleja en el espejo (PIR05, 110).

Alucinaciones extracampinas

- **Definición:**

Se producen fuera del campo visual (p. ej., el sujeto afirma ver a alguien sentado detrás de él) (PIR94, 175; PIR99, 215; PIR02, 136; PIR15, 163). Hay que distinguirlas del "sentido de presencia".

Pseudopercepciones o imágenes anómalas (ver tabla 5)

Definición

Anomalías perceptivas en forma de imágenes que se producen en ausencia de estímulos desencadenantes concretos o que se mantienen a pesar de que el estímulo desencadenante ya no esté presente.

Alucinaciones fisiológicas: imágenes hipnagógicas e hipnapómpicas

- **Definición:**

Son imágenes (normalmente poco elaboradas: luces, sonidos bruscos, etc.) que se dan cuando el individuo está en estado de semiconsciencia entre el sueño y la vigilia.

CARACTERÍSTICAS	TIPOS
Sin estímulo externo desencadenante	Imágenes hipnagógicas (PIR02, 135) Imágenes hipnapómpicas Imágenes alucinoides
Persisten o se activan cuando el estímulo desencadenante ya no está presente	Imágenes mnémicas Imágenes consecutivas o postimágenes Imágenes parásitas

Tabla 5. Pseudopercepciones o imágenes anómalas.

- **Subtipos:**

• **Hipnagógicas:**

En fase de adormecimiento.

• **Hipnapómpicas:**

En el paso del sueño a la vigilia (PIR95, 21; PIR96, 177).

Suelen ser visuales o auditivas.

Imágenes alucinoides

- **Definición:**

Se producen en ausencia de estímulos desencadenantes y aparecen en el espacio negro de los ojos cerrados (imágenes de fiebre) o en el espacio físico externo, a causa de intoxicaciones o uso de drogas (PIR95, 23; PIR03, 103; PIR05, 104).

- **Características:**

Son subjetivas, autónomas (sin control por parte del sujeto), tienen gran plasticidad y el sujeto no les otorga valor de realidad.

- **Aparecen en:**

Consumo de sustancias (se llaman entonces fantasiopsias).

Imágenes mnémicas

- **Definición:**

Imágenes de los recuerdos de los sujetos que pueden presentarse de modo transformado. Son subjetivas, se experimentan con poca nitidez y viveza, y se desvanecen si no se mantienen voluntariamente.

- **Variante:**

Imágenes eidéticas o recordar sensorial. Son representaciones exactas de impresiones sensoriales exactas vividas en algún momento por el sujeto. Habitualmente se dan en la modalidad visual o auditiva, y pueden provocarse voluntariamente, aunque también pueden aparecer sin control por parte del sujeto.

Imágenes consecutivas, negativas o post-imágenes

- **Definición:**

Se producen como consecuencia de una estimulación sensorial excesiva. Aparecen durante unos segundos tras esta estimulación y es difícil producirlas voluntariamente tiempo después (a diferencia de las eidéticas) (PIR96, 118).

- Han recibido el nombre de imágenes negativas, por presentar características contrarias a las de la estimulación que las produjo.

- Es raro que sean patológicas y el sujeto conserva el juicio de realidad intacto.

Imágenes parásitas

- **Definición:**

Se producen cuando el sujeto no fija la atención en ellas y desaparecen cuando se concentra en ellas. Son consecuentes

a un estímulo que ya no está presente y son más frecuentes cuando existe un cansancio extremo.

- Se distinguen de las imágenes mnémicas por su autonomía, y de las imágenes consecutivas por su subjetividad.

- Variante:

Imágenes obsesivas. Son un caso especial porque se mantienen aunque el individuo fije su atención en ellas. Es el caso, por ejemplo, de un paciente que refiere *"llevo todo el día con esa cancioncilla metida en la cabeza, no consigo deshacerme de ella por más que lo intento"* (PIR07, 72).

Diferencias entre alucinación y otros conceptos importantes
(Ver tabla 6)

Presencia de alucinaciones en distintos trastornos
(Ver tabla 7 en la página siguiente)

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES	
LA ILUSIÓN	Criterio 1: Ocurre en ausencia de un estímulo apropiado. Nos sirve para distinguir la alucinación de la ilusión: el sujeto está en un ambiente lleno de estímulos sensoriales, pero entre ellos no se encuentra el que da origen al engaño perceptivo, en este caso, alucinación.
LA PSEUDOALUCINACIÓN	Criterio 2: Tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real. Generalmente es de tipo auditivo, y el sujeto lo sitúa en el espacio interior. Por ejemplo, <i>"lo escucho dentro de mi cabeza"</i> , y es muy característica de la esquizofrenia. La diferencia con la alucinación es que ésta conlleva la convicción de realidad, externa y objetiva; tiene su origen fuera de sí mismo.
OTRAS IMÁGENES MENTALES ANÓMALAS	Criterio 3: No es susceptible de ser controlada voluntariamente por quien la experimenta. Nos sirve para distinguir la alucinación de otra clase de imágenes mentales vividas. Suele ir acompañado de miedo y angustia. No obstante, este criterio no es exclusivo de las alucinaciones, ya que aparece también en las obsesiones, los delirios, las imágenes parásitas, las eidéticas o las hipnagógicas (PIR99, 217; PIR07, 71).

Tabla 6. Diferencias entre alucinación y otros conceptos importantes.

	CARACTERÍSTICAS
ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> - Amplia variedad de anomalías perceptivas. - Alucinaciones en más de una modalidad: mixtas. - Más frecuentes alucinaciones auditivas, seguidas de las visuales, somáticas, olfativas, táctiles y gustativas.
TRASTORNO PARANOIDE	<ul style="list-style-type: none"> - Suele presentar alucinaciones auditivas.
TRASTORNOS AFECTIVOS	<p>Episodio depresivo mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones presentes en el 25%. - Normalmente auditivas y consonantes con el estado de ánimo. <p>Episodio maniaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el 25% de los casos. - Alucinaciones auditivas.
HISTERIA Y TRASTORNOS CONVERSIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Tienden a afectar a múltiples modalidades sensoriales a la vez. - Alucinaciones auditivas y visuales. - Con contenido psicológico.
INTOXICACIÓN POR DROGAS	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones visuales.
DELIRIUM	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y mixtas.
ALUCINOSIS ALCOHÓLICA	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones auditivas.
TUMOR CEREBRAL	<ul style="list-style-type: none"> - Depende de su localización. - Principalmente alucinaciones auditivas y visuales.
EPILEPSIA TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Durante el aura epiléptica. - Experiencia alucinatoria elemental. - Principalmente auditiva y visual.
DEFICIENCIAS SENSORIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Normalmente en reducciones de la agudeza visual o auditiva. - Fármacos antipsicóticos poco eficaces. - Caso especial: Síndrome de Charles-Bonnet (ancianos con patología orgánica central o periférica que presentan alucinaciones liliputienses).
VARIACIONES FISIOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura corporal anormal (alta o baja). - Deprivación o exceso de alimentos o bebida. - Hiperventilación.
OTRAS ENFERMEDADES DEL SNC	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome postcontusional, migrañas, meningiomas, encefalitis vírica, etc. - Las alucinaciones varían en función de la localización del daño.

Tabla 7. Presencia de alucinaciones en distintos trastornos.

	OBJETO REAL	CONVENCI- MIENTO DE REALIDAD	ESPACIO DE LA PERCEPCIÓN	ENFERMEDAD	EJEMPLO
ALUCINACIÓN	Inexistente	Sí	Exterior	Enfermedad metabólica Drogas	Ver personas de pie a tu lado
PSEUDO-ALUCINACIÓN	Inexistente	No	Interior	Alucinaciones de viudedad	Una viuda puede ver u oír a su marido muerto
ALUCINOSIS	Inexistente	No (¡pide ayuda!)	Exterior	Alcoholismo	Algo me pasa, veo enanitos
ILUSIÓN	Existente	Sí	Exterior	Ansiedad	Crear que una persona es un abrigo colgado en una percha

Tabla 8. Trastornos de la percepción.

Resumen de los puntos principales

PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSORPERCEPCIÓN

<p>DISTORSIONES PERCEPTIVAS O SENSORIALES (Definición: percepción errónea de un estímulo existente)</p>	Intensidad	Hiperestesia Hipoestesia Anestesia: Hiperalgnesia Hipoalgnesia Analgesia
	Cualidad	
	Tamaño y forma (metamorfopsia)	Dismegalopsias (PIR04, 222) Dismorfopsias
	Integración	Escisión: Morfólisis Metacromía Aglutinación: Sinestesia
	Ilusión	Pareidolia Sentido de presencia
<p>ENGAÑOS PERCEPTIVOS (Definición: experiencia perceptiva no fundamentada en un estímulo existente)</p>	Alucinaciones	Según complejidad Según contenido Según modalidad sensorial
	Variantes de la experiencia alucinatoria	Pseudoalucinación Alucinación funcional Alucinación refleja Alucinación negativa Autoscopia Alucinación extracampina
	Pseudopercepciones o imágenes mentales anómalas	Imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas (fisiológicas) Imágenes alucinoides Imágenes mnémicas Imágenes consecutivas o postimágenes Imágenes parásitas

TEMA 6

PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

6.1. Introducción

Memoria (definición)

Proceso psicofisiológico que permite al individuo adquirir (de manera consciente e inconsciente), retener y utilizar (de forma controlada o automática) una experiencia, y que está localizado en el SNC.

Clasificación según criterio temporal

MCP (MEMORIA A CORTO PLAZO, INMEDIATA)	<ul style="list-style-type: none"> - Duración y capacidad limitada (como máximo 7+-2 elementos durante 20 segundos) - Análisis y reproducción inmediata de la información sensorial
MEMORIA OPERATIVA O DE TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto introducido por Baddeley - Es MCP: concepto de MCP como sistema activo de procesamiento de información - Tres componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Ejecutivo central: sistema de control (almacén y manipulación de información) • Bucle fonológico: información verbal (tanto visual como auditiva) • Agenda visoespacial: información visoespacial
MLP (MEMORIA A LARGO PLAZO)	<ul style="list-style-type: none"> - Almacén permanente y de capacidad ilimitada - Contiene los recuerdos autobiográficos, el conocimiento del mundo, el lenguaje, sus reglas y el significado de los conceptos

Tabla 1. Clasificación de la memoria según criterio temporal.

Clasificación según su contenido (todo incluido en MLP)

MEMORIA EPISÓDICA	MEMORIA SEMÁNTICA
<ul style="list-style-type: none"> Recuerdos autobiográficos Organización espacial y temporal Sin capacidad de inferencia Gran interferencia y olvido Retiene información aprendida Memoria retrógrada vs. anterógrada 	<ul style="list-style-type: none"> Referencia cognitiva Organización conceptual Con capacidad de inferencia Escasa interferencia Retiene conocimientos
MEMORIA DECLARATIVA O EXPLÍCITA	MEMORIA PROCEDIMENTAL O IMPLÍCITA
<ul style="list-style-type: none"> Accesible a la conciencia Recuperación intencional de la información Memoria episódica y semántica son memoria declarativa 	<ul style="list-style-type: none"> Independiente de la recuperación consciente o intencional Conocimiento de habilidades: cómo se hace Se pone en marcha al realizar actos

Tabla 2. Clasificación de la memoria según su contenido.

Tareas para evaluar la memoria (PIR97, 175)

TAREAS INDIRECTAS, IMPLÍCITAS O NO DELIBERADAS	TAREAS DIRECTAS, EXPLÍCITAS O DELIBERADAS
<ul style="list-style-type: none"> Permiten observar los efectos de la experiencia previa sin hacer referencia explícita al episodio en el que se adquirió la información 	<ul style="list-style-type: none"> En sus instrucciones se hace referencia al episodio en el que se adquirió la información y, por lo tanto, exigen un recuerdo consciente del episodio (p. ej., recuerdo libre, con claves y reconocimiento)

Tabla 3. Tareas para evaluar la memoria.

6.2. Amnesia retrógrada

Definición

Incapacidad para recordar el pasado, o dicho de otro modo, como la incapacidad para recuperar información que había sido almacenada anteriormente al inicio del cuadro (PIR93, 154; PIR94, 182; PIR95, 13; PIR03, 04).

Aparece en

Traumatismo craneoencefálico (PIR04, 188) y en la aplicación de terapia electroconvulsiva (TEC).

Características

- Gradiente temporal: Se extiende hacia atrás a partir del cuadro y en función de la gravedad de la lesión. La recuperación también sigue ese gradiente temporal, recuperándose antes los recuerdos más antiguos. Lo último que se pierde es lo primero que se recupera.
- Es un problema de accesibilidad: La información no se pierde, se puede recuperar.

Amnesia global transitoria (AGT)

Definición

Cuadro clínico de amnesia retrógrada orgánica descrito en 1964 por Fisher y Adams.

Características (PIR94, 186)

- Aparición brusca.
- Dura varias horas.
- Puede acompañarse de otras alteraciones neurológicas (p. ej., hemiparesia).
- Amnesia lacunar del episodio: El paciente no recuerda lo sucedido cuando el episodio cede.
- Suele ser un episodio único.

Síntomas asociados

- Mantenimiento de la memoria inmediata.
- Grave alteración de la memoria reciente, que origina desorientación por la incapacidad para retener las claves espacio-temporales.

- Amnesia retrógrada de varias horas.
- Memoria semántica conservada.
- Conservación de las habilidades psicomotoras.

Etiología

Disfunción hipocámpica transitoria y se relaciona con alteraciones vasculares.

6.3. Síndrome amnésico

Definición y características

Definición: déficit global y permanente de memoria sin que haya otros deterioros cognitivos y producido como consecuencia de una **lesión cerebral (PIR95, 12)**.

Características (PIR98, 126)

- Siempre presente una importante amnesia anterógrada: Dificultad/incapacidad para retener información nueva (PIR94, 183; PIR01, 73; PIR02, 137; PIR04, 260).
 - Alteración tanto para memoria episódica como para memoria semántica (PIR95, 11). Tradicionalmente se pensaba que afectaba solo a memoria episódica.
 - Fenómeno de **amnesia de la fuente (Shiamura)**: Incapacidad para recordar dónde y cuándo se aprendió una información (PIR).
- Puede aparecer memoria retrógrada asociada.
- Memoria operativa conservada.

Etiología

- Lesiones diencefálicas (en el síndrome de Korsakoff).
- Lesiones en el lóbulo temporal medio.
- Accidentes cerebrovasculares (en zonas diencefálicas e hipocámpales).
- Anoxia.

Síndrome de Korsakoff

Definición

Cuadro amnésico de etiología orgánica caracterizado por un fuerte deterioro en las funciones de memoria anterógrada y retrógrada, apatía y preservación de las capacidades sensoriales y otras capacidades intelectuales.

Etiología

La causa de este síndrome es una mala nutrición, en especial de vitamina B₁ o tiamina, que normalmente acompaña al alcoholismo crónico (PIR07, 169). Se produce una lesión en los cuerpos mamilares y los núcleos dorso-mediales del tálamo, por lo que estos pacientes también han sido llamados diencefálicos (PIR). A menudo se acompaña de atrofia en el lóbulo frontal.

Evolución del cuadro

Habitualmente comienza con un episodio brusco de encefalopatía de Wernicke, por lo que ambos fenómenos se han considerado como integrantes del mismo cuadro, denominándolo síndrome de Wernicke-Korsakoff. Los síntomas son progresivos y el riesgo de muerte es elevado, pudiendo conducir a la misma en el plazo de dos semanas.

Sintomatología

(Ver tabla 4)

Diagnóstico diferencial con las demencias (PIR96, 107; PIR09, 44)

- En las demencias se producen múltiples déficits cognoscitivos.
- Además, en la demencia alcohólica, los déficits mnésicos no suelen ser lo más característico del trastorno.

<p>ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE O FASE AGUDA (PIR94, 185; PIR00, 36; PIR15, 158)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado confusional general. - Desorientación temporo-espacial y de personas. - Ataxia. - Oftalmoplejia. - Nistagmus. - Polineuropatía. - Prosopagnosia o incapacidad para reconocer a familiares. - Apatía. - Problemas de atención y memoria. - Incapacidad para mantener una conversación coherente. <p>Estos síntomas tienden a remitir si el cuadro se trata con niveles adecuados de tiamina. Si no, su forma clínica evoluciona hacia un Síndrome de Korsakoff.</p>
<p>SÍNDROME DE KORSAKOFF O FASE CRÓNICA (PIR96, 255)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tétrada sintomática: <ul style="list-style-type: none"> • Amnesia para sucesos recientes: amnesia anterógrada y parcial amnesia retrógrada. • Desorientación principalmente temporal y también espacial. • Confabulación (PIR94, 187), rellenando las lagunas temporales. • Falso reconocimiento ocasional. <p>Se produce una profunda alteración de la memoria con claridad de conciencia. Permaneciendo el resto de funciones intelectuales intactas (lo que diferencia este síndrome de la demencia alcohólica).</p>

Tabla 4. Sintomatología del síndrome Wernicke-Korsakoff.

6.4. Amnesia y demencia

Demencia (definición)

Trastorno degenerativo del cerebro en el que se produce un deterioro progresivo tanto intelectual como emocional del paciente, acompañado de alteraciones mnésicas (que suelen ser los primeros signos de enfermedad) (PIR15, 159).

Clasificación de las demencias según su etiología característica

(Ver tabla 5)

Enfermedad de Alzheimer, demencia senil o presenil

Definición

Deterioro progresivo de todo el funcionamiento cognitivo, debutando a nivel de rendimiento mnésico, progresivamente afectando al funcionamiento intelectual habitual y al sistema emocional y afectivo, siendo habituales los síntomas depresivos. Los cambios de personalidad suelen estar limitados a la exacerbación de los rasgos de carácter premórbido.

Correlatos orgánicos

Presencia de placas seniles y tangles o nudos neurofibrilares, especialmente en las zonas del hipocampo y parieto-temporal del cerebro.

6.5. Amnesias funcionales o psicógenas

Definición

Ciertos tipos de amnesia, en cuya etiología no existe una causa orgánica demostrable y bajo los que subyace un componente emocional (PIR03, 118).

Características (PIR94, 184)

- Pérdida de memoria autobiográfica en ausencia de patología cerebral.
- La alteración de la memoria es siempre retrógrada, episódica y explícita (PIR99, 233; PIR00, 45).

- Puede haber una muy leve amnesia anterógrada.
- Conservación de la memoria semántica y la memoria episódica implícita.

Tipos

El DSM los recoge dentro de la categoría de Trastornos Disociativos.

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Personalidad doble o múltiple.

Amnesia disociativa (antes funcional, histérica o psicógena)

Definición

Episodio de incapacidad repentina para recordar información personal (autobiográfica) importante, demasiado intensa para ser explicado a partir de un olvido ordinario (PIR01, 74; PIR03, 101).

Se la considera la forma más extrema de olvido psicógeno.

Características (PIR98, 120)

- Su inicio suele ir precedido de algún episodio altamente estresante.
- Puede existir una historia de amnesia orgánica en el pasado.
- No interfiere necesariamente en el funcionamiento social o laboral, ya que no se pierde ni el lenguaje ni otros conocimientos necesarios para la vida cotidiana.
- El cuadro desaparece de forma brusca y espontánea.

El DSM-IV-TR señala cinco tipos de amnesia disociativa: localizada, selectiva, generalizada, continua y sistematizada.

Puede aparecer en el trastorno de estrés postraumático (PIR07, 195).

Fuga disociativa

Definición

Pérdida brusca de la identidad personal como consecuencia de un acontecimiento emocional negativo, aunque durante el episodio el individuo muestra una falta de resonancia afectiva (PIR96, 109).

	CARACTERÍSTICAS	SUBTIPOS
CORTICALES	Déficit en memoria operativa en tareas simultáneas Memoria procedimental conservada Facilitación (memoria implícita) en ocasiones alterada	Alzheimer Pick
DIENCEFÁLICAS	Memoria operativa sin alteraciones Facilitación (memoria implícita) conservada	Korsakoff Temporales ACV Anoxia
SUBCORTICALES	Deterioro en recuerdo pero muy leve o inexistente en reconocimiento Memoria procedimental alterada Memoria implícita conservada	Parálisis supranuclear progresiva (PSP) Corea de Huntington Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Wilson Esclerosis múltiple

Tabla 5. Características principales de las demencias según su etiología.

Como en la amnesia disociativa, el episodio finaliza de manera brusca, recuperando el sujeto su identidad, y se acompaña de amnesia retrógrada total o parcial del periodo de fuga (amnesia lacunar).

Personalidad múltiple

Definición

Coexistencia de dos o más personalidades en un mismo individuo que comparten el gobierno del comportamiento del individuo, alternándose en distintos momentos.

Se ha observado que cada personalidad parece tener su propia memoria, y la personalidad original no conoce a las otras, aunque es consciente de lagunas en la memoria que se corresponden con el tiempo de control de las otras personalidades.

Como los anteriores, tiene su origen en un acontecimiento estresante y se concibe como una variante disociativa del trastorno de estrés postraumático.

6.6. Hipermnésias

Definición

Incremento de la capacidad para codificar y recuperar la información. Implica la memoria reproductiva y mecánica de gran cantidad de recuerdos.

Se convierte en patológico cuando la intensidad de la actividad de recordar escapa de un control voluntario (p. ej., aprender todo el listado telefónico).

Clasificación de Mesa Cid y Rodríguez Testal (2007)

- **Pseudohipermnésias:**
Evocación repetitiva de recuerdos, por ejemplo, relacionados con la patología del paciente y que los puede usar para afianzar su argumentación. Puede darse en población normal (p. ej., flashes de vivencias pasadas).
- **Ecmnesia:**
Se produce cuando el sujeto cree estar en el pasado, lo que supone revivir con gran implicación emocional vivencias del pasado. Se produce una pérdida de la orientación en el presente (PIR07, 63). El **delirio ecmésico** hace referencia a la sensación de revivir algún recuerdo auténtico como si fuera presente en un proceso delirante o alucinatorio.
- **Criptoamnesia:**
Se define en el próximo apartado dentro de las anomalías en el reconocimiento.

6.7. Paramnesias y parapraxias

Paramnesia (definición de Kraepelin)

Distorsiones patológicas de la memoria causadas por la inclusión de detalles falsos o por una referencia en el tiempo errónea (PIR03, 110; PIR05, 108; PIR07, 79; PIR15,149).

Parapraxias (definición de Freud)

Errores de memoria simples, como el olvido de nombres, fechas, el fenómeno de "en la punta de la lengua"...

Por tanto, estos términos hacen referencia tanto a distorsiones en el recuerdo como en el reconocimiento. Es importante señalar que se producen tanto en población normal como clínica, por lo que no necesariamente están asociados a alteraciones mnésicas.

Clasificación

- Anomalías del recuerdo.
- Anomalías del reconocimiento.

Anomalías en el recuerdo

(Ver tabla 6 en la página siguiente)

Anomalías en el reconocimiento (PIR)

(Ver tabla 7 en la página siguiente)

6.8. Alteraciones mnésicas en trastornos mentales

(Ver tabla 8 en las páginas siguientes)

	DEFINICIÓN
"CONOZCO LA CARA PERO NO EL NOMBRE"	<ul style="list-style-type: none"> - Se reconoce e identifica apropiadamente a otra persona, pero se es incapaz de recordar su nombre. - Se considera un reconocimiento con recuerdo atenuado.
EL FENÓMENO DE "NO PUEDO UBICARLE"	<ul style="list-style-type: none"> - Se identifica a la persona como conocida, pero se es incapaz de identificarla, no se sabe de qué se conoce. - Suele ocurrir al encontrarse a la persona fuera de su contexto habitual: importancia de variables contextuales en la memoria. - Representa un reconocimiento sin recuerdo.
"PUNTA DE LA LENGUA" (PIR04, 214; PIR06, 105)	<ul style="list-style-type: none"> - Se tiene la certeza de saber una palabra aunque no se pueda recuperar. - Se produce un recuerdo parcial de algunas características de la palabra, por lo que el uso de pistas fonológicas o semánticas facilita su acceso. - Fenómeno de la hermanita fea: los intentos fallidos al intentar dar con la palabra no son al azar, tiene alguna relación (ya sean iniciales, consonantes, sinónimos, etc.) con la palabra que se busca.
SENSACIÓN DE CONOCER	<ul style="list-style-type: none"> - Se está seguro de conocer o saber algo, pero al ir a demostrarlo se falla. - Engloba el fenómeno anterior. - Más frecuente con información semántica.
VERIFICACIÓN DE TAREAS O CHECKING	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas de comprobación para verificar que se han realizado determinadas acciones o tareas porque el recuerdo de aquello que se comprueba está ausente o atenuado. - Es diferente a la verificación del obsesivo, ya que éste tiene el recuerdo de haber realizado la acción pero necesita corroborarlo una y otra vez.
LAGUNA TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Implica la pérdida del recuerdo de los hechos ocurridos en un periodo de tiempo. - El fallo real se produce por no haber prestado atención consciente a los acontecimientos que tienen la función de ser marcadores temporales. - Ocurre cuando los hábitos están muy automatizados. Si aparece un suceso sorpresivo se pasa del control automático al voluntario, sirviendo de este modo, de marcador temporal.
PSEUDOMEMORIAS Y FALSIFICACIÓN DE LA MEMORIA	<ul style="list-style-type: none"> - Hacen referencia a la elaboración de recuerdos para rellenar "vacíos" de memoria. - Tres fenómenos: <ul style="list-style-type: none"> • Confabulación: el paciente inventa recuerdos sin intención de mentir (PIR99, 235; PIR02, 130; PIR05, 241; PIR15, 157). Aparece en el síndrome amnésico, Korsakoff y demencias, con estado de conciencia lúcida, y sirve para dar respuesta a cosas que no recuerda y así mantener una continuidad mnésica. • Pseudología fantástica: narraciones completamente inventadas que el paciente; se llegan a creer y que cubren una necesidad afectiva. Se dan en trastornos funcionales, como histerias o Munchausen (PIR). • Recuerdos delirantes: consiste en la deformación de la memoria en función del contenido del delirio o el desarrollo de recuerdos falsos.

Tabla 6. Anomalías en el recuerdo.

DEJÁ VU O FALSO RECONOCIMIENTO POSITIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Se experimenta que algo ya se había visto antes cuando realmente sabemos que es la primera vez que lo vemos (PIR97, 83). - Dos fenómenos asociados: <ul style="list-style-type: none"> • Pseudopresentimiento: sensación de haber visto un suceso que hubiera sido capaz de predecir. • Paramnesia reduplicativa (Pick, 1901): falso reconocimiento (afirmar, por ejemplo, que se estuvo en el mismo lugar anteriormente siendo la primera vez que está). Frecuente en el síndrome de Korsakoff, los estados confusionales y las demencias.
JAMAIS VU O FALSO RECONOCIMIENTO NEGATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - El individuo reconoce y recuerda una situación, pero no experimenta sensación de familiaridad alguna (PIR99, 234; PIR07, 80). - Fenómeno relacionado: pérdida del significado de las palabras, en el que se produce una articulación correcta de la palabra pero sin significado cuando se presta atención a la misma.
CRIPTOAMNESIA	<ul style="list-style-type: none"> - Un recuerdo no es vivido como tal, sino que se tiene la certeza que es una producción original y propia (autogenerada), experimentada por primera vez (PIR93, 151; PIR08, 57; PIR09, 53). - Fallo en el reconocimiento de ideas ya conocidas. Es, por tanto, una anomalía en el reconocimiento junto a una ausencia de sensación de familiaridad.

Tabla 7. Anomalías en el reconocimiento.

ESQUIZOFRENIA (PIR)	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga cognitiva por las dificultades para filtrar y seleccionar la información relevante. - Memoria icónica: necesitan exposiciones más prolongadas de los estímulos para detectarlos y discriminarlos de otros. - MCP: mayor tasa de olvidos y mayor susceptibilidad a la interferencia. Amplitud normal. - MLP: ejecución pobre en tareas de recuerdo (por elevada distraibilidad). Resultados normales en reconocimiento.
DEPRESIÓN MAYOR	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución enlentecida en las pruebas de recuerdo libre. - Mejor ejecución en reconocimiento que en recuerdo libre. - Pseudodemencia depresiva: mayores quejas de memoria de lo que se corresponde con la ejecución real. - Efecto de congruencia: los pacientes deprimidos recuerdan más el material negativo (congruente con su estado de ánimo) que positivo (PIR).
ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación en la memoria, mayor ansiedad-estado que en ansiedad-rasgo. - Menor rendimiento en reconocimiento que en recuerdo libre.

Tabla 8. Alteraciones mnésicas en trastornos mentales.

Resumen de los puntos principales			
PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA			
TIPO DE ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICAS	TRASTORNO	
Cuadro orgánico (principal: alteración anterógrada)	Amnesias normalmente progresivas	Alzheimer Enfermedades degenerativas	
	Amnesias crónicas no progresivas	Síndrome amnésico Síndrome de Korsakoff	
	Amnesias recuperables	Amnesia postraumática (PIR99, 236) AGT	
Cuadro no orgánico, funcional o psicógeno (principal: alteración retrógrada)	Retrógrada Episódica Explícita	Fuga disociativa Amnesia disociativa Personalidad múltiple	
SÍNDROME AMNÉSICO			
ALTERACIONES EN LA MEMORIA	Operativa		Conservada
	Permanente (mayor alteración episódica que semántica)	Anterógrada	Siempre alterada
		Retrógrada	Alteración opcional
PARAMNESIAS (KRAEPELIN) Y PARAPRAXIAS (FREUD)			
ALTERACIÓN	TIPOS		
Anomalías en el recuerdo	Punta de la lengua Laguna temporal Verificación de tareas Sensación de conocer Fenómeno de no poder ubicar Confabulación Pseudología fantástica		
Anomalías en el reconocimiento	Deja vu (PIR04, 227) Jamais vu Criptoamnesia		

TEMA 7

PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

7.1. Introducción

Los trastornos del pensamiento se estudian a través del discurso del sujeto, que es como toman forma. La historia de la psicopatología del pensamiento está íntimamente relacionada con la historia de la esquizofrenia.

Clasificación (Fish)

- Trastornos formales o del curso del pensamiento.
- Trastornos del contenido del pensamiento.

7.2. Trastornos formales o del curso del pensamiento

Definición

Son trastornos del razonamiento y suponen deficiencias en la inferencia deductiva, inductiva y de solución de problemas.

Frecuentemente se asocian los trastornos formales del pensamiento con los trastornos del discurso o el "habla desorganizada". Por tanto, para su estudio debemos partir del lenguaje que expresa el sujeto en condiciones de diálogo o de monólogo, así como en la modalidad oral o escrita.

Escala de trastornos del pensamiento, el lenguaje y la comunicación

Elaborada por **Andreasen**, es utilizada para la evaluación del discurso individual durante una entrevista clínica.

(Ver tabla 1)

	DEFINICIÓN
POBREZA DEL HABLA	<ul style="list-style-type: none"> - También llamada "habla lacónica". - El discurso se basa únicamente en respuestas monosilábicas. - Es una manifestación de la bradipsiquia o disminución del ritmo del pensamiento.
POBREZA DEL CONTENIDO DEL HABLA	<ul style="list-style-type: none"> - También llamada "habla vacía", o "trastorno formal negativo del lenguaje". - El paciente da respuestas con mayor duración de lo adecuado pero que, sin embargo, proporciona poca información. No comunica, ya que el discurso es repetitivo, vago y estereotipado (PIR01, 75). - Alogia: empobrecimiento del pensamiento y la cognición de ocurre en la esquizofrenia (PIR08, 63; PIR09, 47; PIR15, 209).
PRESIÓN DEL HABLA	<ul style="list-style-type: none"> - También llamada "logorrea" y "habla apresurada". - Incremento anormalmente elevado en la cantidad de habla espontánea. En su discurso pueden darse oraciones incompletas por el ansia de empezar una nueva, es rápido y resulta difícil interrumpirle (PIR98, 111). - Es una manifestación de la taquipsiquia.
DISCURSO DIVERGENTE	<ul style="list-style-type: none"> - También llamado "habla distraída". - Interrupción del discurso como respuesta a estímulos inmediatos y el paciente cambia de tema (PIR02, 142; PIR04, 259).
TANGENCIALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando se le realiza una pregunta al paciente, éste responde oblicuamente, es decir, con respuestas tangenciales o incluso irrelevantes (PIR97, 76).
DESCARRILAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - También llamado "fuga de ideas" y "pérdida de asociaciones". - El paciente verbaliza ideas que se escabullen unas de otras, es decir, las ideas se yuxtaponen de forma brusca, con una falta de conexión entre las frases, lo que convierte el discurso en incomprensible (PIR94, 194; PIR95, 04; PIR99, 227; PIR04, 228). - Las frases tanto a nivel sintáctico como semántico son correctas, pero están inconexas.
INCOHERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - También llamado "esquizoafasia", "ensalada de palabras" y "paragramatismo" (PIR98, 112). - El paciente verbaliza frases sin sentido, falta una adecuada conexión entre las palabras o se sustituyen por otras que destruyen el significado de la frase y el discurso se vuelve ininteligible (PIR96, 111; PIR97, 77; PIR10, 54).
ILOGICIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón de habla en el que no se llega a las conclusiones de manera lógica. - Es un fracaso en las inferencias inductivas.
RESONANCIA	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente selecciona y verbaliza palabras en función de su sonido y no por su adecuación sintáctica o semántica (PIR04, 224; PIR05, 29; PIR15, 153).

Tabla 1. Escala de trastornos del pensamiento, el lenguaje y la comunicación (continúa).

	DEFINICIÓN
NEOLOGISMO	- Elaboración de nuevas palabras cuyo significado y derivación es incapaz de comprender el otro.
APROXIMACIÓN A PALABRAS	- Las palabras se utilizan de manera no convencional, o se elaboran pseudopalabras siguiendo las reglas de formación del idioma.
CIRCUNSTANCIALIDAD	- El objetivo del discurso no se alcanza directamente, sino que el habla está llena de detalles, paréntesis y apartados, aunque puede llegar a la meta (PIR94, 195; PIR09, 36; PIR10, 50).
PÉRDIDA DE META	- Se fracasa al llegar al objetivo, no se sigue la cadena de pensamiento normal hasta su conclusión (PIR04, 216).
PERSERVERACIÓN	- Durante el discurso se produce una repetición persistente de ideas o palabras (PIR93, 150; PIR95, 05; PIR15,154).
ECOLALIA	- Consiste en la repetición en forma de eco de las palabras o frases del interlocutor (PIR).
BLOQUEO	- Hace referencia a la interrupción del discurso antes de completar una idea, y posteriormente, tras un breve silencio, el paciente refiere no recordar lo que iba a decir o de lo que se estaba hablando.
HABLA AFECTADA	- También llamada "elación" o "habla enfática". - El discurso es excesivamente culto, pomposo y distante.
AUTORREFERENCIA	- Hace referencia a la tendencia del paciente a llevar el tema hacia sí mismo aunque se traten de temas neutros.

Tabla 1. Escala de trastornos del pensamiento, el lenguaje y la comunicación (continuación).

Otros estudios posteriores han agrupado estas categorías en dos grupos

TRASTORNOS POSITIVOS DEL PENSAMIENTO	TRASTORNOS NEGATIVOS DEL PENSAMIENTO
Producción de habla inusual y extraña Presión del habla Tangencialidad Descarrilamiento Incoherencia (PIR99, 222) Ilogicidad	Dificultad en la producción del habla Pobreza del habla Pobreza del contenido del habla

Tabla 2. Clasificación posterior de los trastornos del pensamiento.

La comunicación desviada

Definición

Problema de comunicación a nivel de relación en el que existe dificultad para transmitir un mensaje con significado comparado. Supone un "desorden del pensamiento transaccional".

Muy estudiado por **Singer** y **Wynne** en las alteraciones del pensamiento en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (PIR94, 193).

Enfoques de estudio de la comunicación desviada y los trastornos formales del pensamiento

(Ver tabla 3 en la página siguiente)

7.3. Trastornos del contenido del pensamiento: delirios

Definición y características

Definiciones

Son trastornos de las creencias.

- **Jaspers** (1946):

Delirio como "juicios falsos que se caracterizan porque el sujeto los mantiene con gran convicción y no son influenciados ni por la experiencia ni por conclusiones irrefutables, y que además su contenido es implausible".

- DSM-IV-TR:

Creencia personal errónea que se basa en inferencias incorrectas.

Para **Bleuler**, el rasgo fundamental de la esquizofrenia eran los trastornos formales del pensamiento, dejando a los delirios un lugar secundario y derivado de los síntomas fundamentales.

Características de los delirios (Oltmans, 1988)

- Otras personas consideran esa creencia como increíble debido al balance de las evidencias a favor y en contra.
- La creencia no es compartida por otros.
- La creencia se mantiene con firme convicción y no se modifica con la presentación de ideas contrarias.
- Existe preocupación respecto a la creencia, y le resulta difícil evitar pensar o hablar de ello.
- El contenido se refiere más a referencias personales que a convicciones políticas, religiosas o científicas no convencionales.
- La creencia causa malestar subjetivo o interfiere en el funcionamiento social o laboral de la persona.
- No realiza esfuerzos para resistirse a la creencia (lo que lo diferencia con una idea obsesiva).

	ENFOQUE INDIVIDUAL (CENTRADO EN EL SUJETO)	ENFOQUE INTERACCIONAL (CENTRADO EN TODOS LOS PARTICIPANTES Y SU AJUSTE ENTRE SÍ)
ENFOQUE ESTÁTICO O ACTUAL (SOBRE DESEMPEÑOS ACTUALES)	<p>Entiende los TFP como fallos en el proceso normal de comprensión y producción.</p> <p>Cohen y Rochester: las personas con esquizofrenia no tienen en cuenta las necesidades del oyente en la comunicación compartida y las que tiene más trastornos formales del pensamiento son las que peor se ajustan a estas necesidades (PIR95, 29).</p>	<p>Busca detectar los trastornos formales del pensamiento de familias de personas diagnosticadas de esquizofrenia.</p> <p>Existe una asociación clara entre pertenecer a una familia con una persona con esquizofrenia y manifestar trastornos formales del pensamiento subclínicos.</p> <p>En comparación con familias de pacientes maníacos, en el discurso de las familias de jóvenes con esquizofrenia falta compromiso con las ideas y dificultad para articularlas con claridad (PIR00, 20).</p>
ENFOQUE GENÉTICO O EVOLUTIVO (SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL DESEMPEÑO)	<p>No existen datos destacables desde esta perspectiva de estudio.</p> <p>Hipótesis: alteración en las vías nerviosas.</p>	<p>Interesado por el origen y la evolución de la esquizofrenia (Singer y Wynne) (PIR03, 111).</p> <p>Hipótesis: la desviación comunicacional de los padres influye en la aparición de TFP en los hijos que en el futuro padecerán esquizofrenia.</p>

Tabla 3. Enfoques de estudio de la comunicación desviada y los trastornos formales del pensamiento.

	CARACTERÍSTICAS
INMODIFICABILIDAD, INCO-RREGIBILIDAD O FIJEZA (PIR01, 78)	Mantenimiento del delirio a lo largo del tiempo a pesar de las evidencias en contra.
INTENSIDAD O CONVICCIÓN	Grado de convicción que muestra el sujeto. Es muy variable, incluso dentro del mismo paciente.
AUSENCIA DE APOYOS CULTURALES	No se da una validación consensual.
PREOCUPACIÓN / IMPLICACIÓN EMOCIONAL	Noción particular de "relevancia para mí". Los pacientes con delirios están rumiando sus ideas. Las creencias normales no suelen preocuparles tanto.
IMPLAUSIBILIDAD (PIR02, 143)	<p>Cualidad extravagante del delirio.</p> <p>¡Ojo! Algunos delirios hablan de cosas plausibles (p. ej., celotipia). Efecto Martha Mitchell: el delirio acaba por convertirse en realidad (p. ej., en la celotipia, la pareja acaba por irse con otra persona).</p>

Tabla 4. Dimensiones de los delirios.

	DELIRIOS	IDEAS OBSESIVAS (PIR93, 152)	IDEAS SOBREVALORADAS (WERNICKE,1900)
IMPLICACIÓN EMOCIONAL	Sí	Sí	Sí (PIR96, 114)
COMPRESIBILIDAD	No	Sí	Sí (PIR98, 110)
CONSENSO SOCIAL	No	Sí	Sí
TEMÁTICA SOCIAL	No	Sí	Sí
TEMÁTICA PERSONAL	Sí	Sí	No
REMISIÓN CON EL TTO.	Sí	Sí	No
MONOTEMÁTICO	Variable	Variable	Sí
RESISTENCIA CONTRA ELLA	No	Sí	No
CERTEZA	Absoluto	Variable	Variable

Tabla 5. Comparación de los delirios con otras creencias anómalas.

Dimensiones de los delirios (PIR95, 02; PIR96, 116)
(Ver tabla 4 en la página anterior)

Comparación de los delirios con otras creencias anómalas

Los delirios y otras creencias anómalas comparten algunas características que son necesarias conocer para llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial. Se resumen en la **tabla 5 (ver en la página anterior)**

Clasificación de los delirios

Clasificación de los delirios según su forma

Jaspers (1913) realizó una división entre:

DELIRIOS PRIMARIOS O VERDADEROS	<ul style="list-style-type: none"> - Es la auténtica idea delirante, que surge de manera autóctona (no surge de una experiencia anómala que haya que explicarse) por lo que es primario, original e inderivable (PIR96, 112). - Es "incomprensible".
DELIRIOS SECUNDARIOS O IDEAS DELIROIDES	<ul style="list-style-type: none"> - Aparece de manera comprensible a partir de otros procesos mentales, en un intento por explicar una experiencia anómala (PIR95, 01). - Es "comprensible".

Tabla 6. Clasificación de los delirios de Jaspers.

Suptipos de **delirios primarios, Jaspers (1975)**

ATMÓSFERA DELIRANTE (PIR15, 152)	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación subjetiva de que el mundo ha cambiado de manera sutil pero inquietante, terrorífico y difícil de definir. - Normalmente aparece junto a un humor delirante, mostrándose el paciente intranquilo, incómodo e incluso perplejo.
INTUICIÓN DELIRANTE (PIR98, 115)	<ul style="list-style-type: none"> - "De repente" el sujeto "entiende" el motivo. - Suele ser autorreferencial y con contenido relevante. - Difícil diferenciarlo de cualquier idea que aparece de forma repentina en nuestra cabeza.
PERCEPCIÓN DELIRANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Se interpreta de manera delirante una percepción normal. - Por ejemplo, "descubre" que el color rojo de la comida es veneno.
RECUERDO DELIRANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Un recuerdo real se reconstruye de manera delirante, o repentinamente el sujeto "recuerda" algo que es delirante. - Por ejemplo, de repente recuerda algo que su compañero de trabajo le dijo que iba a hacer el mes pasado.

Tabla 7. Suptipos de delirios primarios según Jaspers (1975).

Clasificación de los delirios según su contenido o tema
(Ver tabla 8 en la página siguiente)

Delirio en los trastornos mentales

Los trastornos del contenido del pensamiento pueden aparecer en trastornos psicológicos, neurológicos y orgánicos (como consecuencia del abuso de ciertas drogas, y como efecto secundario de ciertos fármacos).

El contenido suele ser diferente en unos trastornos que en otros; lo más frecuente es:

ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> Amor Grandeza Influencia Nihilista Persecución Referencia
PARANOIA	<ul style="list-style-type: none"> Persecución Referencia
DEPRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Culpa Nihilista (PIR01, 79) Persecución Pobreza Referencia Somático
MANÍA	<ul style="list-style-type: none"> Grandeza Influencia Persecución

Tabla 9. Contenidos de los delirios en los distintos trastornos mentales.

Teorías explicativas de los delirios

Teorías clásicas

POSTURA FREUDIANA	Proyección como mecanismo de defensa que sustenta el delirio: atribución a otros de los sentimientos que son inaceptables para uno mismo.
POSTURA HEIDELBERG	Distinción entre delirios primarios y secundarios. Estudian la comprensibilidad/incomprensibilidad del origen de la idea delirante.
POSTURA DE BLEULER	Los delirios surgen por un debilitamiento de las asociaciones (en la esquizofrenia) o por la exageración del apego emocional a una idea (en la paranoia). En ambos casos, se rompe el equilibrio entre las cualidades formales del pensamiento y los afectos asociados.
POSTURA DE VON DOMARUS	Principio de Von Domarus: el delirio surge como consecuencia de un fracaso en el razonamiento silogístico (deductivo) (PIR98, 113).

Tabla 10. Teorías clásicas explicativas de los delirios.

DELIRIO DE SER CONTROLADO (PIR95, 03; PIR96, 115; PIR02, 146)	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto experimenta que sus sentimientos, impulsos, pensamientos o acciones no son propios sino que los vive como impuestos por alguna fuerza externa e irresistible. - Dentro de esta temática encontramos la alienación, el robo o la transmisión del pensamiento. Reed (1972) distingue entre "experiencia de pasividad" (cuando el paciente desconoce la naturaleza de esa fuerza externa) y "delirio de pasividad" (si explica de manera delirante el origen de tal fuerza).
IDEA DELIRANTE CORPORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Temática centrada en el funcionamiento del propio cuerpo, y en juicios de valor extremos sobre el mismo. - También se incluyen en esta categoría las ideas delirantes hipocondríacas sobre modificaciones en el funcionamiento o estructura del cuerpo.
IDEA DELIRANTE DE CELOS	<ul style="list-style-type: none"> - Creencia delirante de que la pareja es infiel.
DELIRIO DE AMOR O SÍNDROME DE CLERAMBAULT	<ul style="list-style-type: none"> - Convicción de que alguna persona, generalmente importante, está enamorada de él (PIR99, 226).
IDEA DELIRANTE DE POBREZA	<ul style="list-style-type: none"> - Consiste en la convicción delirante de que ha perdido o perderá todas sus posesiones materiales.
IDEA DELIRANTE NIHILISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Consiste en la creencia de la no existencia del yo o de alguna de sus partes, también de los demás o del mundo. - Una idea delirante corporal puede ser también nihilista si lo principal es la negación de alguna parte del cuerpo.
DELIRIO DE CULPA	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto se siente responsable de todo tipo de acontecimientos negativos.
IDEA DELIRANTE DE GRANDEZA	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto mantiene la idea exagerada de su poder, importancia, conocimiento o identidad propia. Puede adoptar una naturaleza religiosa, corporal, etc.
IDEA DELIRANTE EXTRAVAGANTE	<ul style="list-style-type: none"> - La temática es claramente irreal y absurda.
IDEA DELIRANTE DE REFERENCIA (PIR09, 38)	<ul style="list-style-type: none"> - Los sucesos, personas y objetos tienen un sentido particular, no usual y propio que gira en torno del sujeto, siendo generalmente de naturaleza negativa y peyorativa. - Cuando se forma un contenido persecutorio podemos referirnos al delirio de persecución. Por ejemplo, un paciente que cree que todos los políticos del país se ocupan diariamente de hablar de él y que a través de sus intervenciones en TV le envían órdenes que debe cumplir.
IDEA DELIRANTE PERSECUTORIA	<ul style="list-style-type: none"> - El contenido se centra en que el individuo es acosado, perseguido, engañado o víctima de una conspiración. - Garety y Freeman (2002) proponen un modelo explicativo de los delirios de persecución como resultado de la interacción entre experiencias anómalas, procesos emocionales y sesgos de razonamiento.
DELIRIO DE SOSÍAS O SÍNDROME DE CAPGRAS	<ul style="list-style-type: none"> - Creencia de que personas importantes de su entorno están siendo usurpadas por un impostor que tiene la misma apariencia física (PIR96, 113; PIR98, 114; PIR10, 93).
SÍNDROME DE FREGOLI	<ul style="list-style-type: none"> - Creencia de que personas percibidas como físicamente distintas son en realidad personas conocidas.

Tabla 8. Clasificación de los delirios según su contenido o tema.

Teorías actuales

DELIRIO COMO EXPLICACIÓN RACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - El delirio como producto de un razonamiento normal. - Teoría perceptiva (Maher) (PIR97, 78; PIR02, 144; PIR04, 218): <ul style="list-style-type: none"> • Las personas delirantes tienen problemas perceptivos primarios que generan experiencias anómalas que producen perplejidad, lo que lleva al sujeto a intentar buscar una explicación que se acompaña de alivio. • La búsqueda de una explicación es algo general en todos los delirios, por lo que todos los delirios son secundarios.
DELIRIO COMO ALTERACIÓN DEL PENSAMIENTO FORMAL	<ul style="list-style-type: none"> - Garety como máximo representante. - Sesgos de razonamiento que afectan a la formación de creencias: <ul style="list-style-type: none"> • Las personas que deliran buscan menos información antes de llegar a una conclusión. • Siguiendo el modelo bayesiano, los sujetos delirantes eran mejores razonadores que los normales, ya que los normales mantuvieron durante más tiempo hipótesis que ya se habían revelado como falsas.
TEORÍAS DE LA ATRIBUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia general de todos los individuos a realizar explicaciones causales de lo que sucede. • Ver tabla anexa sobre estilos atribucionales en pacientes delirantes vs. pacientes deprimidos.
TEORÍAS SOBRE EL CONTENIDO DE LOS DELIRIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Berrios como máximo representante. - Influencia de factores personales y culturales en la temática delirante: por eso ciertos contenidos son tan frecuentes.

Tabla 11. Teorías actuales explicativas de los delirios.

	ESTILO ATRIBUCIONAL
PARANOIDES	<ul style="list-style-type: none"> Fracasos: atribuciones externas, globales y estables. Éxitos: atribuciones internas.
DEPRESIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Fracasos: atribuciones internas, globales y estables. Éxitos: atribuciones externas.

Tabla 12. Teorías actuales explicativas de los delirios.

Factores de aparición y mantenimiento de los delirios

A continuación se describen los **factores que influyen en la formación de delirios**.

PERSONALIDAD	- Principalmente sensibilidad a la humillación y miedo a la pérdida de control, ya sea por constitución hereditaria o por factores adquiridos.
MANTENIMIENTO DE LA AUTOESTIMA	- Muy relevante en las ideas delirantes de grandiosidad y erotomaniacas. También es uno de los principales motivos de los delirios de referencia.
EL AFECTO	- En los delirios de referencia y persecución se observa la influencia de la emoción en el efecto del enfado, la envidia, la vergüenza y otras emociones.
EXPERIENCIAS INUSUALES	- Déficits sensoriales o perceptivos, despersonalización, etc.
SOBRECARGA COGNITIVA (PIR04, 229)	- Factores como la hipervigilancia, la activación excesiva o la concentración prolongada.
VARIABLES INTERPERSONALES	- Como las habilidades sociales, en especial la capacidad para comprender la motivación de los otros o teoría de la mente.
VARIABLES SITUACIONALES	- Es especial el aislamiento sensorial, así como los cambios culturales drásticos.
DISFUNCIONES CEREBRALES	

Tabla 13. Factores que influyen en la aparición de los delirios.

A continuación se describen los **factores que influyen en el mantenimiento de los delirios**.

LA INERCIA PARA MANTENER LAS CREENCIAS	- Los individuos que deliran no modifican sus creencias delirantes por otras más ajustadas porque para ellos las primeras explican mejor sus experiencias.
LA INFLUENCIA EN LA CONDUCTA Y LA PROFECÍA AUTOCUMPLIDA	- Los delirios, al igual que pasa con otras creencias, influyen en la conducta y pueden modificarla en el sentido del delirio, lo que a su vez provoca una respuesta congruente en el medio que finalmente confirma la creencia.
SESGOS EN LAS ATRIBUCIONES (PIR00, 210; PIR05, 17)	<ul style="list-style-type: none"> - Se usan estrategias poco óptimas (p. ej., sesgo confirmatorio: verificación en lugar de las de falsación). - Esto implica que los delirios no se autocorrijan, al menos mientras se mantiene la experiencia extraña que se intenta explicar o no aparezca una explicación mejor.
SESGO DE RAZONAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Los trastornos formales del pensamiento interactúan con los delirios. - Se ha observado que el deslizamiento cognitivo de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia aumenta cuando se habla con ellos de sus delirios.

Tabla 14. Factores que influyen en el mantenimiento de los delirios.

Resumen de los puntos principales

PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

TRASTORNOS FORMALES (PIR94, 196; PIR03, 120)	TRASTORNOS DEL CONTENIDO
Trastornos del razonamiento	Trastornos de las creencias
Pobreza del habla o habla lacónica Pobreza del contenido del habla Presión del habla Habla distraída Tangencialidad Descarrilamiento Incoherencia Ilogicidad Resonancias Neologismos Aproximaciones a palabras Circunstancialidad Pérdida de meta Perseveración Ecolalia Bloqueo Habla afectada Autorreferencia	Dimensiones: Inmodificabilidad, incorregibilidad o fijeza Intensidad o convicción Ausencia de apoyos culturales Preocupación Implausibilidad
TEORÍAS	
Enfoque individual: Estático Genético Enfoque interaccional: Estático (sincrónico) Genético (diacrónico)	Teorías clásicas: psicoanálisis, Escuela de Heidelberg, Bleuler y Von Domarus Teorías actuales: Teoría perceptiva (Maher) Delirio como alteración del pensamiento formal (Garety)

TEMA 8

PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

8.1. Introducción

Trastorno del lenguaje (definición)

Deterioro o desarrollo deficiente de la comprensión y/o utilización de un sistema de símbolos hablados, escritos u otros, incluyendo la morfología, la sintaxis, la semántica y la pragmática. Por tanto, los niveles que actualmente se usan para la organización lingüística son el fonológico, semántico, sintáctico y pragmático, superando la división clásica en torno a tareas globales como la lectura, el habla, la escritura o la comprensión auditiva.

Clasificación según su etiología

ORGÁNICA (POR ALTERACIÓN EN SN)	FUNCIONAL (SIN ALTERACIÓN EN SN)	ALTERACIONES SECUNDARIAS
Afasia Anartria Alexia Agrafia Disfasia adquirida Disartria Hipoacusia Audiomudez	Retraso simple del habla Disfasia evolutiva Dislexia evolutiva Dislalia funcional Disfemia o tartamudez (espasmofemia) Disfonía	Aparecen en otros trastornos como en el retraso mental, el autismo, la epilepsia, etc.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos del lenguaje según su etiología.

8.2. Afasias

Definición

Afemia (definición de Broca)

Anomalías del lenguaje que consiste en pérdidas del habla secundarias a lesiones en el lóbulo frontal izquierdo. El término afemia fue sustituido posteriormente por el de afasia (Armand Trousseau).

Afasias (definición)

Trastornos del lenguaje que se producen como consecuencia de una lesión cerebral (PIR01, 13). Esta lesión es de carácter focal y no difuso. Por tanto, son trastornos adquiridos en personas adultas que anteriormente dominaban el lenguaje.

Criterios de evaluación de Boston (Goodglass y Kaplan)

(Ver tabla 2 en la página siguiente)

Clasificación de las afasias

En la actualidad las afasias se clasifican en corticales y subcorticales, dependiendo de la localización de la lesión (Goodglass y Kaplan).

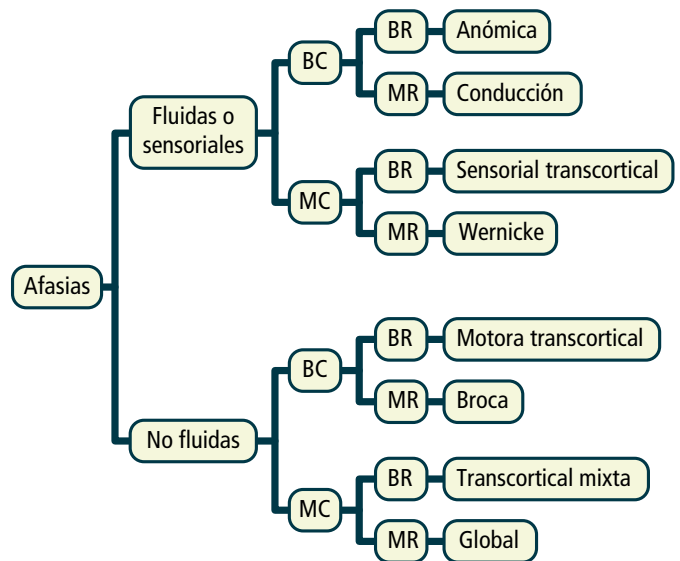
AFASIAS CORTICALES	Afasia de Broca Afasia de Wernicke Afasia de conducción Afasia anómica Afasia motora transcortical Afasia sensorial transcortical Afasia global
AFASIAS SUBCORTICALES	Afasia anterior capsular/putaminal Afasia posterior capsular/putaminal Afasia global capsular/putaminal Afasia talámica

Tabla 3. Clasificación de las afasias.

Principales síndromes afásicos corticales

Como regla general hay que recordar que en las afasias de afectación motora (prototipo: Broca) existe una dificultad principal de producción con la comprensión conservada, y lo contrario ocurre en las afasias de afectación sensorial (prototipo: Wernicke) en las que la dificultad principal está en la comprensión, manteniéndose conservada la producción.

A continuación se presentan resumidas en un esquema:



B: Buena, M: Mala, C: Comprensión, R: Repetición.

Figura 1. Principales síndromes afásicos corticales.

Ahora veremos, una a una, las características de cada tipo de afasia:

ARTICULACIÓN	- Si existe un déficit articulatorio afásico los sujetos son incapaces de articular cualquier sonido del habla, ni siquiera en imitación.
FLUIDEZ VERBAL	- Hace referencia a la tasa de emisión verbal. - Se suelen distinguir afasias fluidas (o sensoriales) y no fluidas , en estas últimas se produce una fluidez verbal baja.
BÚSQUEDA DE PALABRAS	- Los problemas que se dan en los afásicos tienen que ver con la búsqueda de palabras con significado, por lo que a veces pueden usar palabras parecidas semánticamente. - Anomia : dificultad para nombrar objetos (PIR04, 219; PIR05, 235).
AGRAMATISMO	- Alteración en las relaciones gramaticales (PIR02, 145). Incapacidad para elaborar frases sintácticamente correctas. - Suele ir acompañado de dificultades para el uso de los tiempos verbales y principalmente, para el uso de palabras funcionales o partículas gramaticales.
PARAFASIA	- Producción no intencional de sílabas, palabras o frases, correctamente articulados, durante el habla (PIR98, 105; PIR03, 116). • Parafasia literal o fonémica : si la sustitución es de sílabas. • Parafasia verbal : si lo que se sustituyen son palabras: - Semánticas: cambio por el significado. - Nominales: cambios por el sonido. - Aleatorias: sin relación. - Hay que diferenciarla de los circunloquios que se realizan intencionalmente para rodear un bloqueo.
REPETICIÓN	- Repetición de expresiones del habla oídas. - En general los afásicos tienen conservada esta capacidad. La anomalía en la repetición puede estar relacionada con alteraciones en la comprensión o en la articulación, así como deterioros a nivel periférico.
COMPRENSIÓN AUDITIVA	- Sordera para las palabras : el sujeto puede ignorar palabras del discurso como si se lo dijeran en un idioma desconocido. En ocasiones el sujeto puede comprender palabras solas pero no dentro de una frase. - Puede darse aunque el córtex auditivo esté intacto.

Tabla 2. Criterios de Boston para la evaluación de las afasias (Goodglass y Kaplan).

- **Afasia anómica amnésica o cortical**:

- Característica básica:
Anomia o dificultad para encontrar palabras. Resto conservado, salvo por la presencia de circunloquios para superar las anomias.
- Localización:
No está clara, se señalan las áreas 37-39 de Brodmann.

- **Afasia de conducción**:

- Característica básica:
La comprensión está conservada pero la repetición se encuentra alterada, por lo que el paciente comprende lo que se le pide pero es incapaz de repetirlo porque existe una lesión en el fascículo que conecta las áreas de comprensión con las de repetición.
- Subtipos clínicos:
 - Aferente:
Con dificultades en la comprensión.
 - Eferente:
Sin dificultades en la comprensión.
- Localización:
Lesión parietal de la región insular y del fascículo arqueado, áreas 22 y 44.

- **Afasia sensorial-transcortical**:

- Característica básica:
Tiene un patrón similar al de la afasia de Wernicke (que veremos a continuación), es decir, lenguaje fluido y con dificultades en la comprensión, anomia, pero con la repetición conservada.
- Localización:
Lesión del área inferior de la unión temporo-parietal-occipital, rodeando a la cisura de Silvio (áreas 37-39 de Brodmann).

- **Afasia de Wernicke** (afasia sensorial, receptiva, acústica y sintáctica) (**PIR98, 257; PIR99, 75**):

- Característica básica:
Mala comprensión auditiva del lenguaje (**PIR99, 223; PIR03, 112**). Se produce un fallo tanto en la comprensión como en la repetición, así como anomia, debido a que el sujeto no es capaz de aislar las características significativas de los fonemas. El sujeto presenta anosognosia (no se da cuenta de que se equivoca), por lo que pueden aparecer parafasias semánticas y neologismos. La fluidez es normal o incluso excesiva (lenguaje prolijo).
- Localización:
Lesión en la primera circunvolución temporal superior izquierda, sector posterosuperior (área 22).

AFASIAS		SINÓNIMOS (VER CORRESPONDENCIAS LURIA)	ÁREA LESIONADA (BRODMANN)	CARACTERÍSTICAS
Fluidas	Anómica	Anómica amnésica y nominal	37-39	Fluidez y circunloquios ocasionales por anomia
	Conducción	Tipos: Aferente: con límites en la comprensión Eferente: sin límites en la comprensión	Fascículo arqueado que conecta las áreas 22 y 44	Muy deteriorada la comprensión
	Sensorial transcortical		37 y 39	Fluidez y repetición normales Anomia
	Wernicke	Sensorial, receptiva, central, acústica y sintáctica	22	Mala comprensión auditiva Pobre repetición y anomia
No fluidas	Motora transcortical		45	Fluidez reducida en la emisión espontánea Anomia
	Broca	Verbal, no fluida, motora, expresiva, motora eferente, anterior, frontal	44 y 45	Agramatismo Buena comprensión Pobre repetición
	Transcortical mixta	Síndrome de aislamiento del lenguaje	Lesiones frontoparietales sin afectar Broca ni Wernicke	Pobre fluidez en la repetición espontánea (frecuentemente ecológica)
	Global	Total	Daño masivo del hemisferio izquierdo	Alteración severa en comprensión y bloqueo total en la articulación

Tabla 4. Cuadro resumen de las principales afasias.

- Afasia motora-transcortical:

- Característica básica:
Disminución excesiva de la iniciativa para conversar, aunque en la comprensión, la denominación y la repetición no presenta alteraciones. Además muestra anomia, ecolalia, palilalia y perseveraciones.
- Localización:
Lesión en el área 45 (frontal, anterior o medial).

- Afasia de broca:

- Característica básica:
Agramatismo (PIR95, 09; PIR08, 60; PIR09, 55) y falta de fluidez verbal. Buena comprensión con incapacidad para la repetición. El paciente presenta una expresión verbal monótona, telegráfica y con estereotipias.
- Localización:
Lesión en la parte posterior de la tercera circunvolución frontal izquierda, áreas 44 (PIR) y 45 de Brodmann que se corresponden con la pars opercularis y la pars triangularis.

- Afasia transcortical mixta (o síndrome de aislamiento del lenguaje):

- Característica básica:
Alteración en la comprensión y expresión del lenguaje tanto oral como escrito. Fluidez en la repetición pero muy reducida la emisión espontánea, y con frecuencia la repetición es ecológica. Es capaz de completar frases sobreaprendidas si se le proporcionan las primeras palabras de la misma.
- Localización:
Lesiones frontoparietales que no involucran las áreas de Broca y de Wernicke.

- Afasia global o total:

- Característica básica:
Bloqueo total en la articulación y un deterioro importante en la comprensión. Además, la escritura está limitada como máximo a la firma o la copia. Suele ir acompañada de hemiplejía, apraxia ideomotora e ideatoria y déficit intelectual.
- Localización:
Daño masivo en el hemisferio izquierdo.

(Ver tabla 4)

Principales síndromes afásicos subcorticales

Se caracterizan por ser cuadros de naturaleza variada, pueden ser fluidas o no fluidas, y transitorias.

- Tipos:

- **Talámicas:**
Se presentan con parafasias e hipofonía.
- **Cápsulo-putaminales:**
 - Lesión antero-superior a la sustancia blanca adyacente: Parafasia y dificultad en la articulación.
 - Lesión posterior a la sustancia blanca adyacente: Comprensión y repetición pobre.
 - Lesión antero-superior y posterior: Afasia global subcortical.

Afasia puras

Definición: descritas por Goodglass y Kaplan, representan un grupo de afasias que se caracterizan por la afectación de sólo una modalidad (aferente o eferente), mientras que el resto del lenguaje se mantiene intacto. Son las siguientes:

- **Afasia motora transcortical** (o afemia):
 - Característica: Imposibilidad de emitir sonidos del lenguaje ya sea espontáneamente o por repetición; sin embargo, el individuo puede emitir sonidos aunque no tengan relación con el lenguaje.
 - Localización: Lesión subcortical de las vías que unen el área de Broca y el sistema fonatorio periférico. No hay daño en el área cortical del lenguaje.
- **Afasia sensorial transcortical** (sordera verbal pura):
 - Característica: Pérdida total de la comprensión auditiva sin afectar ni a la emisión del lenguaje, ni a la lectura o la escritura. El individuo reacciona ante los sonidos pero no diferencia los sonidos de los propios del lenguaje.
 - Localización: Lesiones que destruyen las áreas primarias auditivas corticales (circunvolución de Heschl) y las fibras subcorticales que llevan la información a las áreas de asociación auditiva. El área de Wernicke se mantiene intacta.
- **Alexia pura** (o ceguera mental pura):
 - Característica: El individuo puede escribir, pero es incapaz de leer lo que ha escrito debido a que el área del lenguaje ha quedado aislada de las aferencias visuales. Es la más frecuente de las afasias puras.
 - Localización: Lesión de la corteza visual del hemisferio izquierdo que se extiende hasta el esplenium del cuerpo caloso.
- **Agrafia pura:**
 - Característica: Alteración severa de la escritura y el deletreo, con mínima afectación en la lectura.
 - Localización: Lesiones en la circunvolución angular.

Clasificación de Luria

(Ver tabla 5)

8.3. Disfasias infantiles

Disfasia evolutiva

Definición

Trastorno específico del lenguaje que se presenta en un niño de inteligencia normal, y que repercute tanto a la comprensión como a la expresión del mismo. No es secundario a otra patología.

Anteriormente **también se llamó** afasia congénita o evolutiva, retraso idiopático del lenguaje, alalia congénita o idiopática, etc. En el momento actual, se utiliza la denominación de Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) o, en menor frecuencia, Trastorno Específico del Desarrollo del Lenguaje (TEDL).

Etiología (hipótesis)

- Daño cerebral: Patrón de desarrollo alterado, peor pronóstico.
- Retraso madurativo: Patrón de desarrollo normal pero retrasado.

Afecta más a niños que a niñas en una proporción variable de 2-5 niños por cada niña.

Afectación de los distintos niveles del desarrollo del lenguaje en la disfasia evolutiva

(Ver tabla 6 en la página siguiente)

Subtipos

- **Afasia evolutiva expresiva:** Alteración en la producción del habla. Suele existir mayor deseo comunicativo.
- **Afasia evolutiva receptiva:** Alteración en la recepción de la información verbal en ausencia de pérdida auditiva. Suele existir menos deseo comunicativo. Asociada a trastornos emocionales y de conducta.

	CARACTERÍSTICA PRINCIPAL	LESIÓN	CORRESPONDENCIA
SEMÁNTICA	Alteración de la selectividad verbal	Temporo-parieto-occipital izquierda	Afasia anómica
MOTORA AFERENTE	Alteración cinestésica del habla (fallo en los articulemas) (PIR95, 08)		Afasia de conducción
ACÚSTICO-MNÉSICA	Alteración en la memoria verbal de las palabras	Temporal	Afasia sensorial-transcortical
ACÚSTICO-AGNÓSICA	Alteración de la audición fonémica (relación sonido-fonema) (PIR02, 131)	Área 22	Afasia de Wernicke
DINÁMICA	Alteración del habla espontánea coherente	Frontal post y frontotemporal	Afasia transcortical
MOTORA EFERENTE	Alteración en la capacidad de articulación de las palabras	Área 44	Afasia de Broca

Tabla 5. Clasificación de las afasias de Luria.

ÁMBITO DE DESARROLLO	CARACTERÍSTICAS
Fonológico	Retrasado pero sin alteraciones
Semántico	Considerable retraso pero con un patrón similar al de los niños normales
Sintáctico	Depende del nivel de desarrollo semántico alcanzado
Pragmático	Retrasado pero no incompetente
Cognitivo	Secuencia temporal auditiva alterada

Tabla 6. Afectación de los distintos niveles del desarrollo del lenguaje en la disfasia evolutiva.

Disfasia adquirida

Definición

Pérdida del lenguaje ya adquirido (PIR10, 37).

Etiología

Daño cerebral o la aparición de un trastorno convulsivo.

Criterio temporal

Debe diagnosticarse entre los 3 y los 10 años. Antes puede considerarse una disfasia evolutiva y más tarde puede considerarse una afasia (PIR).

Suponen un porcentaje muy pequeño de las disfasias infantiles y se distribuyen por igual en ambos sexos (PIR).

En estas disfasias tempranas pueden ser recuperables (mayor plasticidad del cerebro infantil) y la función del lenguaje puede que finalmente se desarrolle, en cuyo caso suelen quedar secuelas temporales:

- Hipoproductividad: Que se manifiesta por una reducción notable del uso del lenguaje o, incluso, ausencia total del habla.
- Supresión de la comunicación gestual y del uso del lenguaje escrito.

8.4. Dislalias infantiles y retraso simple del lenguaje

Dislalias infantiles

Definición

Dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras, como consecuencia de alteraciones orgánicas (p. ej., malformaciones orgánicas como labio leporino, o por déficit auditivos) o funcionales (las más frecuentes) (PIR97, 79; PIR10, 41).

Se **diferencia de la disartria** en que, en ésta, la dificultad de la articulación y expresión del habla debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos que controlan la articulación es consecuencia de lesiones del sistema nervioso central y/o periférico (PIR15,150).

La dislalia es el trastorno del lenguaje más frecuente en niños y el que mayor número de consultas provoca. Se recomienda abordar el problema a partir de los 4 años (logopedia). La dis-

lalia puede favorecer la aparición de conductas desadaptativas como timidez y disminuir las relaciones sociales del niño.

Tipos de errores de articulación en la dislalia

- Sustituciones: Cambiar un sonido consonante correcto por otro incorrecto (en lugar de "quiero", "quiedo").
- Distorsiones: Sonidos que no se derivan directamente de una sustitución definida y son el resultado de una mutilación, falta de claridad o descuido que generan un sonido débil o incompleto.
- Omisiones: Se omite un sonido totalmente de una palabra ("tonces" en lugar de "entonces").
- Inserciones: Se inserta o se agrega un sonido que no se corresponde con una palabra.

Los fonemas con los que se dan más dificultades son la "r" doble y simple, y los grupos consonánticos de la "r" y la "l", porque implican una mayor discriminación auditiva y porque son los últimos que se adquieren en el desarrollo evolutivo.

Retraso simple del lenguaje

Definición

Ausencia de presentación del habla a la edad usual sin que exista una causa patológica manifiesta. Además, no es secundaria a otra patología y el niño presenta un nivel intelectual normal.

Se recomienda la intervención a partir de los tres años.

Se **diferencia de la disfasia evolutiva** por su gravedad: en la disfasia evolutiva está retrasado todo el lenguaje (es más complicado establecer la diferencia con la disfasia tipo expresiva, aunque en general la dificultad comunicativa suele ser mayor).

8.5. Disfemia o tartamudez

Definición

Definición

Trastorno prosódico (PIR) que produce un patrón de habla alterado en el que predomina la falta de ritmo y fluidez, que se acompaña de particulares formas de acentuación y entonación, de una duración excesiva de tensión silábica y de una distribución anómala de las pausas, produciendo como consecuencia una producción del habla más lenta (PIR01; 47; PIR01, 80).

Es más frecuente en niños que en adultos, existiendo diferencias en función del sexo, siendo la proporción entre varones y mujeres de 5/1. Con gran variabilidad interindividual (PIR93, 160).

Conceptos relacionados

- **Taquifemia o farfullero:** Rapidez excesiva de la palabra, omisión de sílabas y sonidos y articulación imprecisa de fonemas.
- **Disartria (PIR15,150):** Trastorno de la articulación debido a una lesión en el sistema nervioso periférico o central, que provoca anomalías en el tono o movimiento de los músculos fonadores).
- **Logoclonia:** Repetición de una sílaba (PIR99, 225).

Recuerda...

Los conceptos de disartría, farfuleo y logoclonía entran con frecuencia en el examen PIR, no directamente pero sí lo podremos ver en las opciones de relleno a marcar, por lo que es importante recalcarlas.

Por su parte, **Stournaras** (1987) define el cuadro en función de cuatro componentes:

COMPONENTE VERBAL-MOTOR	Alteraciones articulatorias del propio trastorno como repeticiones o bloqueos. Puede darse junto otras actividades motoras que provoca la apariencia de sobreactivación motora mientras el sujeto habla.
COMPONENTE EMOCIONAL	Va desde la tensión general que se acompaña de respuestas fisiológicas como aumento de la tasa cardíaca y la bajada de la tasa respiratoria, hasta emociones negativas como miedo, ansiedad, vergüenza y sentimientos de inferioridad.
COMPONENTE COGNITIVO	Hace referencia a aspectos como la autoestima que disminuye llegando el sujeto a considerarse incapacitado para relacionarse con los demás. También se producen actitudes negativas hacia la tartamudez, el habla y la comunicación en general.
COMPONENTE COMUNICATIVO	Es el componente interpersonal, que se caracteriza por una interacción comunicativa anómala. El tartamudeo aparece solo cuando el individuo está en presencia de otros.

Tabla 7. Componentes de la disfemia (Stournaras, 1987).

Fenómenos que se producen en la tartamudez en relación con la lectura de textos (Fiedler y Standop, 1984)

- Efecto de consistencia:

Tendencia a tartamudear siempre que se debe repetir la lectura de un mismo texto, aunque entre las sesiones pase semanas. La magnitud de la consistencia es proporcional a la gravedad del trastorno y puede deberse a las expectativas que tiene el individuo.

- Efecto de adaptación:

Describe la disminución de la frecuencia del tartamudeo al repetir la lectura de un texto conocido, y se produce una recuperación espontánea de la tartamudez.

Clasificaciones

En función de la fluidez

TÓNICA	CLÓNICA (PIR08, 53)	MIXTA
Se manifiesta por espasmos al iniciar el discurso (PIR97, 80; PIR10, 42)	Aparece tanto al inicio como en el curso de la frase	Con espasmos tónicos y clónicos durante el discurso
El sujeto lo vence por la fuerza y después es capaz de expresarse	Se producen pequeños espasmos que producen en la emisión la repetición de uno o varios fonemas	Representa un caso de tartamudez severa

Tabla 8. Tipos de disfemia según su fluidez.

En función de la duración del trastorno

EVOLUTIVA	BENIGNA	PERSISTENTE
Inicio entre los 3 y los 5 años Remisión en meses	Inicio a los 7 años Duración de 2 a 3 años	Inicio entre los 3 y los 8 años (PIR93, 161) Se cronifica

Tabla 9. Tipos de disfemia según su duración.

8.6. Alteraciones del lenguaje en trastornos mentales

(Ver tabla 10 en la página siguiente)

<p>AUTISMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sea cual sea el nivel de competencia sintáctica y semántica, su competencia pragmática es menor (PIR93, 159). - Anomalías principales: <ul style="list-style-type: none"> • Habla más egocéntrica que socializada. • Habla en forma de monólogo. • No siguen los postulados conversacionales de cortesía (p. ej., interrumpen al hablante). • Disminución de gestos y expresiones faciales comunicativas.
<p>RETRASO MENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se produce un retraso en el desarrollo mas que una alteración global del lenguaje (PIR09, 57). - El desarrollo pragmático es mejor que el sintáctico y el semántico.
<p>PARÁLISIS CEREBRAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pueden presentar alteraciones graves del habla. - Si se debe a una lesión temprana, el hemisferio no dominante puede asumir las funciones del lenguaje tras la lesión.
<p>DEFICIENCIAS SENSORIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ceguera: retraso en la adquisición del lenguaje, ecolalia y periodo de interrogación aumentado. - Sordera: problemas para aprender a hablar de forma inteligible.
<p>DEPRIVACIÓN SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso grave o carencia total del habla (p. ej., niños salvajes).
<p>ESQUIZOFRENIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El lenguaje esquizofrénico es similar al de los sujetos con afasia de Wernicke (paragramatismo) (PIR05, 115; PIR06, 111). - No se puede hablar de un déficit lingüístico específico, pero pueden aparecer todas las alteraciones descritas por Andreasen. - Más problemas de producción que de comprensión. - Problemas de lenguaje asociados a déficits en los procesos de control central. - Alteraciones reversibles si acompañan a síntomas positivos y más crónicas si acompañan a síntomas negativos.
<p>DEPRESIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No hay problemas de comprensión ni de producción (PIR07, 81).
<p>MANÍA (PIR94, 198)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Juegos de palabras, logorrea, fuga de ideas... que remiten cuando cede el episodio maniaco. (PIR05, 113).
<p>HISTERIA DE CONVERSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disfonía psicógena sobre todo en pacientes cuyas profesiones exigen el uso de la voz (p. ej., maestros).

Tabla 10. Alteraciones del lenguaje en trastornos mentales.

Resumen de los puntos principales

CARACTERÍSTICAS DE LOS PRINCIPALES CUADROS AFÁSICOS

CARACTERÍSTICAS	AFASIA MOTORA	AFASIA SENSORIAL
Prototipo	Broca	Wernicke
Producción	Alterada	Conservada
Comprensión	Conservada	Alterada
Afectación principal	Agramatismo	Comprensión auditiva

AFASIA: PRINCIPALES DIMENSIONES DE EVALUACIÓN

Articulación
 Fluidez verbal
 Búsqueda de palabras
 Agramatismo
 Parafasias
 Repetición
 Comprensión auditiva

PRINCIPALES SÍNDROMES AFÁSICOS

AFASIAS CORTICALES (Benson y Geschwind, 1971)	LURIA	FLUIDEZ	COMPRENSIÓN	REPETICIÓN
Anómica	Semántica	Normal	Normal	Normal
Conducción	Motora aferente	Normal	Normal	Alterada
Sensorial transcortical	Acústico-amnésica	Normal	Alterada	Normal
Wernicke	Acústico-agnósica	Normal	Alterada	Alterada
Motora transcortical	Dinámica	Alterada	Normal	Normal
Broca	Motora eferente	Alterada	Normal	Alterada
Transcortical mixta		Alterada	Alterada	Normal
Global		Alterada	Alterada	Alterada

TEMA 9

PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

9.1. Introducción

Afectividad (definición)

Conjunto de estados y tendencias que el sujeto experimenta de manera propia e inmediata (subjetividad), que tiene influencia en toda su personalidad y comportamiento (trascendencia), en especial en su expresión (comunicatividad), y que normalmente se distribuye en polos dicotómicos (polaridad), como placer/dolor, agradable/desagradable, alegría/tristeza, etc.

Conceptos relacionados**- Emoción:**

Respuesta afectiva interna que va acompañada de experiencias somáticas (por lo general vegetativas) y que se producen de forma brusca en respuesta a una experiencia interna o externa.

Son sentimientos intensos, de duración breve y de aparición brusca (p. ej., miedo o sorpresa).

- Sentimiento:

Estado afectivo complejo y estable, que perdura en el tiempo y que es menos intenso que las emociones.

Es la experiencia subjetiva de la emoción, no va acompañado de síntomas somáticos (p. ej., orgullo o celos).

- Afecto:

Respuesta emocional que se origina en el momento presente y se objetiva mediante la expresión facial.

Es un sentimiento subjetivo que va acompañando a una idea o a una representación mental (p. ej., irritabilidad o tristeza).

- Humor:

Estado emocional basal del individuo que se equipara con el estado de ánimo.

Es la emoción persistente y mantenida de forma subjetiva, y que puede ser observada por los otros.

Puede ser espontáneo o ir precedido de estímulos, ya sean internos o externos.

9.2. Alteraciones de la afectividad

(Ver tabla 1 en la página siguiente)

SÍNTOMAS	DEFINICIÓN	TRASTORNOS EN LOS QUE SE DA
Alegría patológica o paratimia positiva	Variante patológica del humor en la que el sujeto se mantiene en un estado eufórico e hiperactivo característicos.	Episodio maníaco Cuadros orgánicos (moria)
Tristeza patológica o paratimia negativa	Variante patológica del humor en la que el sujeto se siente especialmente apenado o triste.	Episodio depresivo
Angustia patológica	Estado emocional en el que el individuo se encuentra tenso, con temor y alarma de manera desagradable, junto con un intenso componente somático (signos de crisis de pánico).	Estados de ansiedad
Indiferencia o frialdad afectiva	Incapacidad del sujeto de experimentar reacciones afectivas al relacionarse con el exterior. Suele aparecer junto a apatía y falta de reactividad emocional (PIR07, 77; PIR10, 47).	Esquizofrenia TP "Belle indifferencia" Cuadros org.-cerebrales Cuadros endocrinos
Embotamiento	Ausencia de reacciones afectivas significativas, que se da incluso ante situaciones biográficas de trascendencia para el sujeto (PIR07, 70). Se considera un mecanismo psicológico que tiene la función "anestésico" para evitar sentimientos de dolor y de miedo que son intolerables.	Esquizofrenia Situaciones estresantes
Anhedonia	Disminución o desaparición de la capacidad para experimentar placer, en situaciones que anteriormente sí lo desencadenaban (PIR15, 184; PIR).	Esquizofrenia Episodio depresivo
Paratimia o inadecuación afectiva	Afectividad no adecuada al contexto en el que se produce. Está compuesto por la vivencia afectiva y su expresión externa.	Esquizofrenia defectual Cuadros org.-cerebrales
Labilidad afectiva	Cambios bruscos afectivos, que no suelen tener relación con estímulos externos y que afecta principalmente a la expresión.	Demencias Cuadros pseudobulbares
Ambivalencia o ambitimia	Se dan al mismo tiempo sentimientos positivos y negativos respecto a un mismo objeto, vivencia o representación mental.	TP Situaciones estresantes
Incontinencia	Falta de control afectivo, en el que existen estados afectivos o emociones que surgen de manera exagerada en el tiempo, tanto por su intensidad como por su falta de control por parte del sujeto. Afectos y estímulos muy superficiales motivan intensas emociones que se manifiestan en la mímica y en la gesticulación.	Episodios mixtos del trastorno bipolar Cuadros orgánico-cerebrales
Distimia	Humor crónicamente deprimido, con fluctuaciones y cambios.	Distimia
Disforia	Actualmente no se considera síntoma sino síndrome. Malestar general, específicamente a un estado de ánimo depresivo, junto con ansiedad e inquietud.	Trastorno de la identidad sexual
Aprosodia	Alteraciones del lenguaje afectivo (localizado en hemisferio no dominante), tanto en la prosodia como en la modulación emocional.	Parkinson Lesiones en el hemisferio derecho
Alexitimia	Falta de palabras para describir los afectos que el sujeto experimenta (PIR93, 163; PIR10, 48).	Trastorno por dolor
Neotimia	Sentimientos de nueva aparición, como "la vivencia de detención del tiempo". Han sido denominados "estados afectivos de excepción" y "reacciones afectivas suprapersonales".	Psicosis Epilepsia Tóxicos
Rigidez afectiva	Pérdida de capacidad para modular el estado afectivo, ya que el individuo experimenta emociones y sentimientos fijos y persistentes que no varían en función de las circunstancias ambientales (PIR01, 81).	Esquizofrenia Episodio maníaco Episodio depresivo
Apatía	Ausencia o pérdida de interés y motivación por las cosas.	Episodio depresivo Esquizofrenia
Abulia	Impotencia para hacer obrar la voluntad, tomar una decisión o cumplir un acto deseado y reconocido como necesario para el individuo.	Episodio depresivo Esquizofrenia

Tabla 1. Alteraciones de la afectividad.

TEMA 10 TRASTORNOS PSICOMOTORES

10.1. Introducción

Psicomotricidad (definición)

Interacción de la acción con las experiencias afectivas y cognitivas. Se diferencia de la motricidad en que esta última hace referencia únicamente a la función muscular física.

Componentes de la psicomotricidad

El tono muscular (variable a lo largo de la vida) y la armonía cinética (permite la continuidad de los movimientos en el espacio-tiempo).

Evaluación de la psicomotricidad

Para evaluar posibles alteraciones psicomotoras, debemos prestar atención a:

- **Motórica general:**
Movimientos tanto espontáneos como inducidos que se producen en distintos contextos.
- **Expresión facial:**
Nos comunica las vivencias del individuo.
- **Características del habla:**
El tono, la velocidad, el ritmo, la duración de las frases, los silencios, etc., también nos proporcionan información sobre el estado psicomotor.

10.2. Trastornos psicomotores

TRASTORNOS PSICOMOTORES	
Acinesia	Apraxias
Estupor	Manierismos
Agitación psicomotora	Tics
Inquietud psicomotora	Acatisia
Temblores	Automatismos
Convulsiones	Atetosis
Catatonía	Corea
Estereotipias	Balismo
Espasmos	Adidocinesia
Discinesias	

Tabla 1. Trastornos psicomotores.

Acinesia

Definición

Trastorno del movimiento caracterizado por la hipoactividad o ausencia total de actividad motora y psíquica, o debido a una parálisis muscular. Suele acompañarse de una falta de expresión facial. Es el nivel más grave de carencia de movimiento (PIR04, 220).

Aparece en

Esquizofrenia, depresión y como síntoma secundario de los fármacos antipsicóticos.

Estupor

Definición

Síndrome de reducción psicomotora caracterizado por la acinesia y la hipocinesia (estado alterado de conciencia en el que predomina la ausencia o reducción de respuesta). En este estado, se paralizan las funciones de la relación y aparece mutismo, siendo necesaria una estimulación muy intensa para salir de este estado.

Clasificación según su etiología

ESTUPOR REACTIVO	ESTUPOR CATATÓNICO	ESTUPOR DEPRESIVO	ESTUPOR NEUROLÓGICO
En respuesta a una situación estresante grave, por una falta de recursos psicológicos para hacerle frente de forma adaptativa.	Es propio de la esquizofrenia catatónica. Aparece junto a angustia, perplejidad, respuesta de sobrecogimiento y rigidez.	Principalmente se da en las depresiones psicóticas. Se da junto con perplejidad, intensa angustia, culpa y total incapacidad para la toma de decisiones.	Es el que aparece en la encefalitis, epilepsia e intoxicaciones por drogas. Se produce una reducción o ausencia de respuestas verbales o motoras a la estimulación.

Tabla 2. Clasificación del estupor según su etiología.

En los tres primeros casos, se produce una menor alteración del EEG, así como ausencia de síntomas neurológicos y conservación de nistagmus tras estimulación oculovestibular (lo que no ocurre en el estupor de origen neurológico).

Agitación e inquietud psicomotoras

Agitación psicomotora (definición)

Hiperactividad motora, que se manifiesta por una sucesión de gestos, movimientos y conductas que el individuo realiza rápidamente y sin objeto. Es el síndrome psicomotor más habitual (PIR01, 82).

Suele aparecer junto con los siguientes síntomas: hiperactivación psíquica y motora; estado de ánimo colérico, ansioso o elevado; conductas potencialmente auto o heteroagresivas; ocasional inhibición verbal junto a una falta de estructura ideativa; disminución de la atención junto con fuga de ideas y estado confusional (poco frecuente).

Grado más leve de la agitación psicomotora y se manifiesta de distinta manera en función de la patología de base.

Clasificación de la agitación según su etiología

(Ver tabla 3 en la página siguiente)

AGITACIÓN REACTIVA	AGITACIÓN EN TRASTORNOS ORG.-CEREBRALES	AGITACIÓN PSICÓTICA
Existe un desencadenante identificado. Puede ser consecuencia de una situación de estrés extremo tanto real como imaginado, o de la intoxicación de determinadas drogas o sustancias tóxicas.	La agitación es prácticamente constante y, normalmente, se da junto con trastornos de conciencia secundarias al cuadro orgánico (alucinaciones, desorientación en persona, obnubilación...). Así, aparece en cuadros confuso-oníricos típicos como en el delirium tremens, en la epilepsia o en los ACV, TCE, etc.	Aparece en ciertos tipos de esquizofrenia (especialmente en la catatónica, al salir de la fase esturporosa o "raptus"), en los episodios maníacos (asociada a la euforia patológica, y a la expansividad), en la demencia (en la que el trastorno integrativo se mantiene en el tiempo y no es reversible).

Tabla 3. Clasificación de la agitación según su etiología.

Temblores

Definición

Movimientos musculares que oscilan en torno a un punto fijo del cuerpo; toman la forma de sacudidas involuntarias, rítmicas y rápidas. Normalmente, aparecen en la zona de la cabeza, cara, lengua y extremidades (sobre todo superiores); es poco frecuente que se den en el tronco.

Clasificación de los temblores

(Ver tabla 4)

TEMBLORES DE REPOSO O PARKINSONIANOS (PIR00, 26; PIR01, 100; PIR15, 155)	<ul style="list-style-type: none"> - Se manifiestan mediante movimientos de poco recorrido con oscilaciones finas y rápidas de las extremidades distales de los dedos. - Aparecen en reposo, cuando el sujeto no hace nada. Posee una frecuencia de 4-5 oscilaciones. Suelen ir acompañados de rigidez muscular, acinesia e hipocinesia. Disminuyen o desaparecen cuando el individuo realiza un movimiento intencional o bajo el control voluntario. - Se dan en: Parkinson, Wernicke-Korsakoff, estados de ansiedad, intoxicaciones, por algunos fármacos...
TEMBLORES POSTURALES	<ul style="list-style-type: none"> - Aparecen al iniciar algún movimiento, y son más claros cuando se mantiene una postura forzada. Dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> • Temblores de acción rápida: de 8 a 12 movimientos por segundo, asociados a estados de ansiedad, intoxicaciones etílicas o farmacológicas, abstinencia al alcohol (desaparece al volver a consumir) y delirium tremens. • Temblores de acción lenta: de 4 a 6 movimientos por segundo. Se dan en trastornos estructurales del cerebro como la enfermedad de Wilson.
TEMBLORES INTENCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Aparecen durante los movimientos voluntarios, siendo de mayor amplitud y frecuencia que los posturales. Su origen está a nivel cerebelar, pero no es necesario un daño estructural. - Se dan en crisis de ansiedad, psicosis anfetamínicas y atropínicas, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Wilson y en la ataxia hereditaria progresiva.

Tabla 4. Clasificación de los temblores.

Convulsiones

Definición

Movimientos musculares en forma de contracciones incontrollables y violentas de la musculatura voluntaria. Implican uno o varios grupos musculares o puede ser generalizada a todo el cuerpo (PIR15, 156).

Aparecen en

Cuadros tóxico-infecciosos, cuando se ha producido un daño cerebral, pero lo más frecuente es que se den en la epilepsia.

Tipos de crisis convulsivas

- Crisis parciales o psicomotoras:

El individuo con epilepsia puede o no perder la conciencia, se dan anomalías en el funcionamiento psíquico y aparecen conductas "automáticas" que pueden parecer motivadas, como vagar sin propósito.

- Crisis de pequeño mal:

No se dan convulsiones sino ausencias con una pérdida total y breve de la conciencia, de una duración entre 5 y 15 segundos, y en las que el individuo queda paralizado con la mirada fija en un punto.

- Crisis de gran mal (PIR98, 121):

Patrón convulsivo específico que aparece en algunas epilepsias.

• Se caracteriza por:

Pérdida instantánea de la conciencia, mordeduras de la lengua, alteraciones fisiológicas, gritos debidos a la contractura de la glotis, y lesiones producidas por las caídas.

• Esta crisis suele ir precedida de un estado llamado "aura" (con síntomas sensitivos conscientes, sobre todo obnubilación, sensación de hormigueo, y también alucinaciones elementales, como destellos de luz y percepción de olores), y su terminación es lenta y progresiva.

• Fases de las crisis de gran mal:

(Ver tabla 5 en la página siguiente)

<p>FASE TÓNICA</p>	<p>Aparece apnea junto con pérdida de conciencia seguida de la contracción de los músculos agonistas de la cabeza y extremidades, que provocan la caída al suelo del sujeto.</p>
<p>FASE CLÓNICA O CONVULSIVA</p>	<p>Continúa la apnea y el sujeto empieza a convulsionar de manera involuntaria, rítmica y regular, generalizándose desde los brazos, piernas y la musculatura periorcular a todo el cuerpo (que constituye la fase clónica). Se suelen producir traumatismos y mordedura de la lengua, así como vaciado vesical urinario.</p>
<p>FASE DE RECUPERACIÓN</p>	<p>Se recupera la respiración y la conciencia de forma paulatina. Pueden aparecer estados confusionales junto con agitación y desorientación auto y alopsíquica.</p>

Tabla 5. Fases de las crisis de gran mal.

Crisis convulsivas histéricas (distintas de las epilépticas)
(Ver tabla 6 en la página siguiente)

Catatonía o rigidez catatónica

Definición

Asunción voluntaria de una postura rígida, en la que el sujeto se resiste a cualquier esfuerzo a ser movido.

Síntomas que componen el síndrome catatónico (PIR03, 115)

- **Catalepsia:**
Actitud inmóvil junto a rigidez muscular que permite colocar al sujeto en una posición forzada sin que éste vuelva a su posición original durante un tiempo indefinido (PIR97, 84).
Con este trastorno también se relaciona la **flexibilidad cérea** que supone el mantenimiento de posturas forzadas y antigravitatorias, sin que el sujeto intente recuperar la postura original (PIR99, 230), y que se denomina catalepsia rígida cuando va acompañada de rigidez muscular.
- **Negativismo:**
El sujeto presenta oposición ante cualquier movimiento que se le ordene. Puede ser pasivo (actitud sistemática de oposición) o activo (hacer lo contrario de lo que se le ordena).
- **Estupor:**
Actitud de mantenerse distante o ajeno al entorno con ausencia de funciones de relación.
- **Mutismo.**
- **Estereotipias:**
Repetición continuada e innecesaria de movimientos concretos.
- **Ecosíntomas u obediencia automática:**
Se refiere a la repetición automática de movimientos (**ecopraxia**), palabras (**ecolalia (PIR95, 06)**) o gestos del interlocutor (**ecomimia**).

Aparece en

Cuadros esquizofrénicos, trastornos afectivos, alteraciones de los ganglios basales, del diencefalo y del sistema límbico (PIR00, 25), y en otros cuadros neurológicos de base orgánica o secundarios a trastornos metabólicos, tóxicos o farmacológicos.



Figura 1. Esquizofrenia catatónica.

Estereotipias

Definición

Repetición continuada e innecesaria de movimientos o gestos innecesarios (PIR01, 84) que son organizados y normalmente complejos (lo que no ocurre en el caso de los tics). Se producen en general en la mímica facial o en el cuerpo en general.

Clasificación según su grado de complejidad

- Estereotipias simples:
Son patrones motores primitivos que desempeñan una función autoestimular (como frotar o rascar). Se deben a alteraciones estructurales y se dan en trastornos orgánicos cerebrales de evolución demencial como las atrofas corticales o arterioesclerosis.
- Estereotipias complejas:
Son patrones de movimientos llamativos de manos y brazos, como dar vueltas sobre sí mismo o jugar con determinados objetos. Se dan en los trastornos psicóticos no orgánicos.

También se producen como consecuencia de la toma de fármacos antipsicóticos.

Espasmos

Definición

Contracciones musculares involuntarias, persistentes y exageradas que aparecen tanto en la musculatura voluntaria como en la involuntaria, es decir, en los órganos internos.

(Ver tabla 7 en las páginas siguientes)

Discinesias

Definición

Movimientos involuntarios de la lengua, boca y cara, que se parecen a la acción de masticar, chupar, etc. (PIR99, 229; PIR03, 122).

Tipos de discinesias

(Ver tabla 8 en las páginas siguientes)

	CRISIS DE GRAN MAL	CRISIS HISTÉRICAS (PIR01, 83)
PERSONALIDAD	No rasgos histéricos Impulsividad	Rasgos histéricos Actitud histriónica
DESENCADENANTES	Ausentes	Presentes
PATRÓN DE CRISIS	Constantes	Variable
AURAS APARATOSAS	Excepcionales	Posible
INICIO	Brusco, sin medidas de seguridad	Progresivo, con medidas de seguridad
FIN	Progresivo	Brusco
PRESENCIA DE OTROS	Depende	Sí
PRESENTACIÓN NOCTURNA	Posible	No
PÉRDIDA DE CONCIENCIA	Total	Parcial
CONVULSIONES	Simétricas, no intencionales	Anárquicas e intencionales
GRITOS	En inicio de crisis	Durante la crisis
HABLA DURANTE LA CRISIS	Nunca	Posible
RELAJACIÓN DE LOS ESFÍNTERES	Habitual	Excepcional
MORDEDURA DE LA LENGUA	Habitual	Nunca
CONSECUENCIA FÍSICA	Frecuentes traumatismos por caídas	Ausencia o pequeñas lesiones
RESPUESTA A MANIOBRAS SUGESTIVAS	No	Positivas
RESPUESTA A ESTÍMULOS DOLOROSOS	No	Sí
TERMINACIÓN	Estado confusional poscrítico, cefaleas	Llanto frecuente
DURACIÓN	Minutos	Minutos u horas
PATRÓN DE RECUPERACIÓN	Progresivo	Rápida
FRECUENCIA	No suele más de 1/día	Varias al día
EEG	Anormal	Normal

Tabla 6. Crisis convulsivas histéricas.

<p>ESPASMOS PROFESIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La forma más frecuente de este tipo es el denominado calambre del escribiente. - Se da la contracción de un determinado grupo muscular, y se atenúa con el reposo y la distensión muscular. - Se puede asociar a una parálisis momentánea y temblores. - Se da en sujetos neuróticos, y en determinadas profesiones como violinistas, escribientes, automovilistas, etc.
<p>ESPASMOS SALTATORIOS DE BAMBERGER</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Son accesos súbitos de la musculatura de las piernas que obligan al sujeto a agitarse y saltar. - Es un trastorno infrecuente que se da en sujetos emocionalmente inestables y primitivos.
<p>ESPASMOS SALUTATORIOS DE SALAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto flexiona y extiende repetidamente el cuello, a modo de saludo, debido a contracciones en los músculos del cuello. - Se asocian a crisis de pequeño mal y a lesiones encefálicas del hipotálamo, siendo más frecuentes en la infancia.

Tabla 7. Tipos de espasmos.

DISCINESIAS AGUDAS	DISCINESIAS TARDÍAS
<p>Series de contracciones de los músculos mono o bilaterales de las extremidades superiores, cuello y espalda. Producen torticolis, espasmos de torsión, tics mandibulares y disfasias. Se da en algunos pacientes durante los primeros días de tratamiento con neurolépticos, y remite con fármacos antiparkinsonianos y barbitúricos.</p>	<p>Series de movimientos involuntarios y raros de la lengua, la boca y la cara, que es similar a los movimientos masticatorios o de fruncimiento de los labios. Tiene un inicio insidioso y aparecen después de periodos largos de tratamiento con fenotiacinas, y en trastornos orgánico-cerebrales.</p>

Tabla 8. Tipos de discinesias.

Apraxias

Definición

Dificultad para realizar movimientos propositivos que requieren de la secuenciación y coordinación de los mismos (p. ej., dibujar o vestirse) y que no puede explicarse por debilidad, tono muscular anormal ni incoordinación elemental (PIR01, 259; PIR02, 147; PIR05, 101).

Si aparece en niños recibe el nombre de **dispraxia evolutiva**, manifestándose por dificultades en la organización del espacio corporal, así como en la representación del tiempo y del espacio.

Manierismos

Definición

Movimientos parásitos que producen un aumento en la expresión de los gestos y la mímica, como sonrisas inmotivadas o carentes de significado.

Aparece en

Cuadros similares a los que producen estereotipias como los estados psicóticos, en especial en la esquizofrenia hebefrénica.

Tics

Definición

Movimientos rápidos, locales y espasmódicos, que se dan de manera involuntaria, aislada, repetitiva, inesperada, a intervalos irregulares y sin propósito.

Suele afectar a los músculos superiores a los hombros, pudiendo darse en una o más partes del cuerpo.

Normalmente, aparecen en la niñez, sobre los 7 años, y la incidencia es diferente en función del sexo, siendo la tasa de 4/1, (mayor en los varones).

Aparecen en:

- Trastornos psicológicos: Desaparecen durante el sueño (PIR98, 123) y se atenúan con la distracción (p. ej., estados de ansiedad, cuadros obsesivos...).
- Trastornos orgánicos:
 - La **Corea de Huntington**: Trastorno motor de origen orgánico que se hereda por un gen dominante, que se asocia con una demencia progresiva. Los síntomas aparecen hacia los 35-45 años.
 - **Síndrome de Gilles de la Tourette**: Los tics se dan junto a expresiones verbales incontinentes como la coprolalia (que consiste en emitir palabras sucias) o la ecolalia (repetición involuntaria de las últimas palabras del interlocutor). Suele comenzar antes de los 10 años, con una evolución.

Otros síntomas psicomotores

Acatisia

Necesidad imperiosa que el paciente manifiesta por moverse, y es consecuencia del efecto secundario de los fármacos antipsicóticos. Se muestra inquieto, camina, se sienta y se levanta de manera repetida. Es la sensación subjetiva de tensión muscular. Puede confundirse con la agitación psicótica (PIR07, 68).

Automatismos

Movimientos involuntarios realizados sin control consciente. El sujeto presenta una conciencia alterada, sonambulismo y mioclonus nocturno (sacudida de las extremidades durante el sueño). Muchos de estos automatismos se producen cuando la persona está durmiendo.

Atetosis

Movimientos lentos y repetitivos, que son serpenteantes y recuerdan a los movimientos de los reptiles. Se producen en la lengua, cara y extremidades.

Corea

Movimientos más rápidos y bruscos que los que se dan en la atetosis.

Cataplejia

Pérdida momentánea e involuntaria del tono muscular. La persona mantiene la conciencia; suele ir asociada a intensas emociones como risa, cólera, miedo o sorpresa. También puede aparecer en tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos.

cos, etc., y afecta más a los varones, en una proporción de 3/1 (PIR96, 101).

Balismo

Movimiento violento de una extremidad.

Adiadocinesia

Incapacidad para llevar a cabo movimientos rápidos alternantes.

10.3. Trastornos de la mímica

Hipermimias

Definición

Expresión exagerada de la mímica.

Subtipos

- **Hipermimias generalizadas:**

Implican a todos los músculos de la cara, y la mirada se encuentra distraída o al acecho, sin que sea fijada en nada.

Tiene implicaciones afectivas diferentes según el cuadro: en la manía (euforia y juego), en los estados oníricos (pánico), y en histeria (mirada hiperexpresiva, provocadora y agresiva).

- **Hipermimias polarizadas:**

Expresan un estado afectivo monotemático, como angustia.

Hipomimias y amimias

Definición

Las amimias y las hipomimias se encuentran en un continuo entre la inmovilidad y la escasez de movimientos. En este caso, la mirada se encuentra fijada sobre un objeto o en el vacío. Se da en cuadros de demencia y de retraso mental profundo (PIR01, 85).

Dismimias

Definición

Incongruencia entre la expresión facial y gestual y los contenidos psicoafectivos.

Subtipos

- **Paramimias o mímicas discordantes:**

Discordancia entre la expresión verbal y la facial. Se da en la esquizofrenia.

- **Mimias reflejas o ficticias:**

Aparecen ecomimias en forma de espejo. Se da en el retraso mental, la histeria, la simulación y, en menor medida en la esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2014): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Texto revisado). DSM-IV-TR. Masson. Barcelona.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL (AEPCCC) (2011): *Material Coaching PIR. Psicopatología*. AEPCCC. Madrid.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008): *Manual de psicopatología (Vol. 1)*. McGraw-Hill. Madrid.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008): *Manual de psicopatología (Vol. 2)*. McGraw-Hill. Madrid.
- BUELA-CASAL, G., CABALLO, V., y CARROBLES, J. A. (2002): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Siglo XXI. Madrid.
- CEDE (2010): *Área Psicopatología*. CEDE. Madrid.
- EGUILUZ URUCHURTU, J. L. (2001): *Introducción a la psicopatología*. IM&C. Madrid.
- ENOCH, D. y BALL, A. (2007): *Síndromes raros en psicopatología*. Tricastela. Madrid.
- FUENTENEbro, F. y VÁZQUEZ, C. (1990): *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (Vol. 1)*. McGraw-Hill. Madrid.
- FUENTENEbro, F. y VÁZQUEZ, C. (1990): *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (Vol. 2)*. McGraw-Hill. Madrid.
- GOODGLASS, H. y KAPLAN, E. (1986): *La evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- JUNQUÉ, C. y BARROSO, J. (1997): *Neuropsicología. Síntesis psicología*. Madrid.
- KAPLAN, H. y SANDOCK, B. (1999): *Sinopsis de la psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- MUNILLA, E. (2010): *Psicopatología adultos*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992): *Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10)*. OMS. Madrid.
- PARKIN, A. J. (1999): *Exploraciones en neuropsicología cognitiva*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- VALIENTE OTS, C. (2005): *Alucinaciones y delirios*. Síntesis. Madrid.
- VALLEJO RUILOBA, J. (1994): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Masson. Barcelona.

NOTAS

APIR

www.academiapir.com