

PSICOPATOLOGÍA

La conciencia es la función del cerebro por medio de la cual nos percatamos de los acontecimientos externos e internos.

> registra y asocia > para dar una respuesta coherente y adecuada (adaptación).

AFERENTE

INTEGRIDAD

ESTAR CONCIENTE. Lúcido, alerta, lo podemos observar. Cuando se altera el estado es contrario: somnolencia, estupor, obnubilación, o coma.

SER CONCIENTE. De nuestros actos, es una referencia interna. Se altera en demencias, retraso mental, etc. Este tipo de personas se les llama inimputables ya que no tienen conciencia de sus actos.

ALTERACIONES DEL ESTAR CONCIENTE O ALERTA

Cuando la sustancia reticular es afectada, se entra en un estado de obnubilación o estupor, o coma.

En el estado de COMA la información aferente está bloqueada por que la sustancia reticular afectada hace que el cerebro no responda. No responde a estímulos externos.

El ESTUPOR es un estado de conciencia alterado en donde se presenta somnolencia, lenguaje balbuceante, marcha atáxica, tono muscular relajado (bajo).

Ambas alteraciones pueden ser producto de:

- Traumatismo craneoencefálico. (golpe)
- Encefalitis (infección).
- Accidente vascular cerebral (embolia).
- Intoxicación (por alcohol).
- Abscesos (colección de material purulento).

En todos estos casos la mayor parte de las veces el cerebro se inflama e intenta salir por alguna parte, así que presiona hacia abajo, donde se encuentra la sustancia reticular, hacia el bulbo provocando el estupor o hasta coma. En ambos casos la gravedad del daño depende de la gravedad de la causa de la alteración.

Los estados de coma son de emergencia médica, el 25% de los casos se mueren.

La adrenalina es un vasoconstrictor, esto adelgaza las arterias, por lo tanto aumenta la presión arterial, y puede provocar una embolia.

De la muerte neuronal nadie regresa.

ESTADOS ESTUPUROS: Sus manifestaciones

Estado confusional donde el cerebro está afectado.

A) AGITADO. Productivo = positivo

inquieto, se mueve mucho, tiene alucinaciones, ideas delirantes, agitación psicomotriz. Puede ser agresivo.

B) INHIBIDO. Negativo.

mutismo, negativismo (dice no), flexibilidad cerea (moldeable), catatónico (se puede quedar en una sola posición por largos periodos de tiempo), estereotipias (conducta motora repetitiva simple), manierismos (conducta motora repetitiva compleja).

Los anteriores son también llamados síntomas negativos.

En un estudio y para verificar la ORIENTACIÓN del paciente se pregunta por:

- Tiempo
- Espacio
- Situación
- Persona

De estos estados el paciente se puede recuperar dependiendo de las causas, y las consecuencias pueden ser:

Cerebro: 1. Sin daño

2. Con daño: desde pequeña lesión

hasta muerte cerebral.

SINDROME DE KORSAKOFF

Es el síndrome amnésico alcohólico, también se presenta el estado confusional por intoxicación, pero es básicamente la pérdida de la memoria temporal. Puede instalarse indefinidamente cuando no se administra con oportunidad complejo vitamínico B, y principalmente tiamina (hipocampo dañado).

El alcohol produce estas lesiones:

- Polineuropatía periférica (pierden la sensibilidad y algunas veces hasta control en manos y pies).
- Ataxia cerebelosa (por destrucción de neuronas).
- Nistagmo (movimiento repetitivo de los ojos).
- Parálisis ocular.
- Algas (dolor).
- Paresias (disminución de la función).
- Parestesias (sensibilidad alterada).
- Miopatías (dolor muscular).

- Algunas otras afectaciones:
- Hipoxia, falta de oxígeno.
- Hipoglucemia, falta de azúcar > provoca confusión.
- Cualquier lesión importante del hígado o los riñones, pues si no funcionan correctamente se acumulan sustancias de deshecho y provocan el estado de estupor.

Orientación

Es la capacidad que le permite al individuo percatarse de:

- Instante en que vive.
- Sitio donde se encuentra.
- Situación a la que esta sujeto.
- Persona que es él, quien es él.

La orientación necesita para su desempeño de:

- un estado claro de conciencia
- Apropiaada percepción
- integridad en los órganos de los sentidos
- Inteligencia,
- Memoria y comprensión.

Por ello, cualquier afección en las áreas mencionadas puede involucrar un trastorno en la orientación.

Uno como observador / investigador pregunta por:

- Fecha (fácil de perder)
- Lugar
- Situación
- Persona (menos fácil de perder, es reconocerse a sí mismo con quien es)

Si se presentan juntas cuando hay una alteración en la orientación.

Son síntomas cambiantes y oscilantes (varían en intensidad), pero dependen de los factores que lo causen (cansancio, psicofármacos, enfermedades, etc.)

Cuando el daño es severo se pueden presentar incluso Estados confusionales, síndromes amnésicos (alteración en la memoria).

Las alteraciones en la orientación también se clasifican en :

- Agudas (se presenta rápidamente y se va o desaparece pronto).
- Crónicas (son permanentes).

DESORIENTACIÓN TEMPORAL

En estados alterados como el maniaco (alegre y hedónico), o los depresivo (tristeza y anhedonia), la orientación en el tiempo y su percepción se encuentran afectados; a esto se le llama Desorientación temporal y por ejemplo, para una persona en estado maniaco el tiempo se percibe acelerado, y en cambio para el que está en estado deprimido el tiempo pasa muy lentamente.

La Percepción de tiempo también se puede alterar por ingerir alcohol, drogas como el LSD, hongos, y aún esquizofrenia.

En la esquizofrenia por ejemplo, se presentan dos fenómenos:

- lo ya vivido.– que es casi siempre es producto de una epilepsia en el lóbulo, y también son conocidos como engaños en la memoria. Quien los presenta dice: esto ya lo viví o ay he estado en este lugar
- lo nunca vivido.– nunca he venido aquí cuando esta afirmación es falsa.

Lo anterior se presenta por alteraciones en el **lóbulo temporal**.

DESORIENTACIÓN ESPACIAL (SITIO)

Ya es conocido que las mujeres tienen mejor orientación espacial que los hombres, y que para ellas el trabajo con mapas no resulta igual de fácil. Lo que sucede es que existe predominancia del hemisferio derecho, es por eso que se dice que la mujer desarrolla un sentido intuitivo y es más emocional.

Por otro lado en el hombre el hemisferio izquierdo es que predomina, y se va más por el razonamiento y el cálculo, es por ello que trabajan mejor con los mapas que las mujeres.

Se presentan en cuanto a espacio alteraciones:

- Estados confusionales.
- Agnosia espacial (topo<<espacio>> agnosia <<sin conocimiento>>)
- Prosopagnosia (caras)
- Micropsiasse ven los objetos más pequeños.
- Macropsiasse ven los objetos más grandes.
- Teleópsiasse perciben las cosas más lejos.
- Dismegalopsiascuando una parte es mayor y otra menor.
- Una doble visión, como la diplopía, pero estas es una lesión por la musculatura en los ojos, la doble visión es por alguna lesión occipital.

De hecho, todas las alteraciones anteriores se presentan por una alteración en el **lóbulo occipital**.

DESORIENTACIÓN SITUACIONAL

Se refiere a la situación o momento vivencial que el sujeto experimenta en una circunstancia específica; en la mayoría de los casos cuando se presenta una alteración, el individuo puede sentir que se encuentra en otra situación totalmente fuera de contexto.

DESORIENTACIÓN EN PERSONA

- Esquema corporal. Cómo nos percibimos a nosotros mismos y como nos ven. Como percibimos los límites de nuestro cuerpo, los cuales se pueden perder bajo alguna alteración. (los cuadros de la época Surrealista con Remedios Varo, Leonora Carrington)

Otros ejemplos son la anorexia y la bulimia; en la anorexia hay un trastorno de la imagen corporal y no se come, en cambio en la bulimia se come compulsivamente pero por los sentimientos de culpa se provocan el vómito, hace ejercicio, utiliza laxantes y diuréticos.

Conciencia del cuerpo. Puede incrementar se y adquirir un sentimiento de poder y libertad como en la danza, gimnasia, meditación, etc. Sus trastornos pueden ser

- Somatomorfos, como el hipocondríaco, que siempre cree que está enfermo.
- Por lesiones cerebrales. Hemiplejía, mitad del cuerpo sin fuerza; pero la *hemisomatoagnosia* es cuando el individuo no percibe la mitad de su cuerpo alteración en el **lóbulo parietal**.
- Localización de los estímulos del cuerpo. No reconoce la información.
- Autoidentidad. El ser humano se reconoce como distinto ante los demás, con características propias y este proceso de individualización se completa con la madurez. (orientación autopsíquica) se refiere a que sabemos que nuestro pasado nos pertenece. Con sus errores, pensamientos, creencias, vivencias,

etc. Abarcando además la continuidad de la propia historia.

Pensamiento y lenguaje

EL PENSAMIENTO es la actividad mental que produce ideas, en general, como palabras, usando además de capacidades como la imaginación, evaluación, , planeación, creación y deseos, entre otras.

Para hablar se necesita:

- Integridad en la musculatura facial y huesos.
- Integridad en el aparato de fonación (fono auricular):
 - lengua
 - Laringe
 - Faringe
 - Cuerdas vocales.

C) Integridad en el aparato auditivo.

D) Integridad en el Sistema Nervioso Central.

... Para así poder expresar:

- Ideas
- Pensamientos
- Sentimientos
- Emociones
- Etc.

Para estudiar el lenguaje, hay que tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Volumen
- Tono
- Intensidad
- Ritmos
- Velocidad
- Énfasis
- Fluidez
- Inflexión (sin emoción o intensidad)
- Articulación.

Las personas con Anexitimia son aquellas que no pueden expresar sus emociones, o identificarlas.

Las personas histriónicas, son aquellas que siempre quieren llamar la atención

Los trastornos en la expresión verbal pueden ser producto de diversas causas:

- Trastornos articulares o de la pronunciación.
- Afasias o disfasias.
- Trastornos en el curso del pensamiento.
- Trastornos en el contenido del pensamiento.

TRASTORNOS ARTICULARES

No son trastornos del pensamiento, ya que las capacidades en esta área están integras, sino más bien son producto de una alteración en el aparato fono articular.

- Afonía (sin voz)
- Disfonía (ronquera)
- Disartria (no puede articular correctamente por lesión en los músculos de la cara, por ejemplo, una lesión en los cóndilos mandibulares).
- Tartamudez
- Tartajeo (mezclar letras).
- Logoclonía (tartamudeo al final de la palabra)

AFASIA

Pérdida de la capacidad para la comunicación verbal por una lesión o disfunción cerebral. El problema se encuentra en la corteza cerebral.

(el lenguaje es un reflejo del pensamiento)

Centro del habla ==> en el **hemisferio dominante**

Dis, disfasia es daño parcial

A, afasia es daño total

- *Afasia no fluida.*

disminuye la velocidad del habla, utiliza frases cortas. se presenta por :

- Bradilalia (habla lento)
- Bradipsiquia (pensamiento lento)

2) *Afasia fluida.*

aumento en la velocidad en el habla

- Taquilalia (habla rápido)
- Taquipsiquia (su pensamiento es muy rápido hay una presión por hablar mucho y rápidamente).

La persona es verborrérica o logorréica, pues habla mucho (diarrea mental)

A) Afasia de Brocca

(Motora) El sujeto entiende lo que se le dice, pero no lo puede expresar, tiene las manifestaciones de la afasia no fluida. Presenta dificultad para describir o relatar. El área de Brocca se encuentra en el **lóbulo frontal dominante**, por lo general izquierdo, en su parte **inferior**. La afasia de Brocca es producto de un infarto (muerte) en ese pedazo de tejido. *Brocca* es el nombre de quien descubrió esta anomalía, al estudiar los cerebros de sus pacientes muertos.

B) Afasia de Wernicke

(Sensitiva o comprensiva) El sujeto habla incoherentemente, no entiende; no tiene capacidad para entender, interpretar o comprender lo que se le dice. El área de Wernicke se encuentra en el **lóbulo temporal** del hemisferio **dominante**.

Otras afasias:

- Afasia para repetir palabras.
- Afasia global (alteraciones en todas las áreas del lenguaje) tanto expresiva, comprensiva y la capacidad de repetir *nominar* (dar nombre a las cosas), leer en voz alta, comprensión de lectura y escritura. Lenguaje estereotipado.
- Afasia anómica (afasia para nombrar objetos)
- Afasia para leer (alexia o dislexia)
- Afasia para escribir (agrafia o disgrafia)
- Afasia para calcular (acalculia)
- Síndrome de Gerstmann. Agnosia para los dedos, confunde derecha-izquierda y acalculia.

(Todas son lesiones corticales)

ALTERACIONES DEL CURSO DEL PENSAMIENTO

(trastornos formales del pensamiento)

No hay alteración neurológica, se manifiestan verbalmente y son las distintas alteraciones en el **proceso** o **flujo** del pensamiento.

- BLOQUEO (el flujo del pensamiento se interrumpe bruscamente, sin razón comprensible, quedando la mente en blanco).
- INHIBICIÓN (el pensamiento va disminuyendo la velocidad e intensidad, puede llegar al mutismo).
- BRADIPSIQUIA O BRADIFRENIA (lentificación del pensamiento) puede ser por esquizofrenia, depresión, RM.
- TAQUIPSIQUIA O TAQUIFRENIA (aceleración del pensamiento) por la rapidez hay fuga de ideas, en manía, intoxicación por estimulantes como la cocaína, LSD, etc.
- HIPERBINCULACIÓN DE IDEAS (ideas asociadas sin ninguna relación, en esquizofrenia o maníacos).
- VERBOREA (el sujeto habla permanentemente por horas o días, sin un propósito claro delo que desea comunicar o sin lograrlo, puede hablar con alguien o solo).
- ESTRECHEZ (El contenido del pensamiento se reduce o restringe a una sola idea (monotemático) rumeación
- CIRCUNSTANCIALIDAD (Su discurso no va directo al grano o punto se va por los detalles y detalles).
- PENSAMIENTO TANGENCIAL (nunca llega al grano)
- PENSAMIENTO CONCRETO (concretismo) Poca capacidad de abstracción, es un trastorno en la complejidad del pensamiento, pobreza conceptual, descriptiva y falta de abstracción.
- ECOLALIA El sujeto repite la última palabra o frase de lo que se le pregunta.
- MUTISMO por más que se le interrogue no contesta, o sólo pronuncia una sílaba o un sonido, sin que el paciente muestre alteración alguna en el proceso del habla.
- DISOCIACION IDEO-AFECTIVA. Incoherencia entre lo que dice y su expresión emocional.
- PARRARESPUESTAS. El individuo da un respuesta que no tiene relación con la pregunta.
- COPROLALIA DE GILLES DE LA TOURETTE. Son tics verbales donde el sujeto hace ruidos y guturaciones, de manera que parece que ladra, las palabras que emita las dice como impulsos incontrolables y son primordialmente groserías.

- **INCOHERENCIA O DISGREGACIÓN.** Es un conjunto de alteraciones donde el discurso no parece tener conexión alguna, está fragmentado o disociado. No hay relación entre las ideas (se pierde). *Incoherente* (no hay relación entre las ideas) *Incongruente* (no hay relación con la realidad)
- **PERSEVERACIÓN.** Repite con persistencia frases relacionadas con el mismo tópico.
- **VERBIGERACIÓN, PARILALIA Y ESTEREOTIPIAS.** Repite de manera similar sílabas o palabras que tiene sentido sólo dentro de su estado emocional o de su idea delirante. (en esquizofrenia, depresión, o trastornos orgánicos).

Perseveración, estrechez, circunstancialidad, y concretismo, se pueden relacionar con retraso mental.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

El fluir de la experiencia cotidiana y ontológica en donde aparecen los objetos que toca nuestra conciencia, inconsciente, preocupaciones, necesidades, creencias, deseos y fantasías, dependiendo de su intensidad y claridad.

Ideas o procesos ego-sintónicos. Las ideas o creencias compatibles con la imagen que tenemos de nosotros mismos.

Ideas o procesos ego-distónicos. Impulsos que no se ajustan a los valores centrales del sujeto, no se modifican con fármacos. (Las ideas intrusas a diferencia, responden a la clorimipramina, y las ideas delirantes a los neurolepticos).

TRASTORNOS EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Se dividen en:

- Falsas interpretaciones o ilusiones, y
- Ideas delirantes

IDEA OBSESIVA: 1) Pensamiento repetitivo

2) Rígidos

3) Causa malestar (ego-distónicos)

4) Intrusivas (no las controla y nos las puede evitar)

5) Le causa ansiedad

Después del pensamiento obsesivo viene la compulsión, el acto, el rito. Se requiere de elevar el nivel de **Serotonina** en el sistema límbico para el tratamiento del obsesivo.

La sobrevaloración de ideas, es el fanático típico, es ego-sintónico.

IDEA DELIRANTE: 1) Idea errónea.

2) No reductible o modificable por medio de la experiencia o la argumentación lógica.

3) No requiere la confirmación u opinión de los demás.

4) No es aceptada por la comunidad (desadaptativa)

5) No se puede hacer relativo su convencimiento

6) Ego-sintónico.

Pueden estar organizadas o fragmentadas.

- **Sistematizadas** (organizadas). Una Idea va de la mano con la otra, son estructuradas, coherentes unas con otras, por ejemplo, el maniaco, ya que interpreta el mundo de acuerdo a su idea delirante, tiene una idea delirante sistematizada.
- **Fragmentadas**. No tiene coherencia unas con otras. Por ejemplo en la esquizofrenia hebefrénica.

En la psicosis compartida llamada **folia a doux (locura compartida)**, por imitación una persona puede llegar a tener los mismos pensamientos delirantes que la persona enferma, si se separan, realmente no los tiene.

Las ideas delirantes por sus causas se clasifican en:

1. *I. D. Primarias*, son las que aparecen sin razón.
2. *I. D. Secundarias*, son producto de una alucinación o de un estado confusional, y el sujeto elabora con dicha percepción una idea delirante.

Las ideas delirantes involucran los siguientes aspectos:

- *Talante delirante*. Es un estado emocional que subyace de una idea delirante.
- *Involucración con la idea delirante*. Compromiso que se tiene con la idea delirante
- *Interpretación delirante*. Vincula sin motivo los fenómenos reales con una connotación delirante.
- *Idea delirante de influencia somática o psíquica*. Siente un control sobre su cuerpo, mente o ambos por influencias extrañas.
- *Idea delirante hipocondríaca*. No sólo sentirse enfermos, sino lo absurdo de la creencia, ya que puede percibir que sus órganos internos huelen mal (podridos).
- *Idea delirante de difusión de pensamiento*. Incluye difusión, inserción, robo y control del pensamiento. De acuerdo con *Schneider* los trastornos formales del pensamientos en la esquizofrenia son precisamente esos.
- *Idea delirante de persecución o daño*. Es una alteración frecuente, y el sujeto percibe que e lo vigilan y lo siguen, conocidos o desconocidos, con el fin de hacerle daño, intimidarlo, difamarlo, envenenarlo o matarlo; por eso se siente amenazado. (Esquizofrenia paranoide)
- *Idea delirante de grandeza*. El sujeto centraliza en su mente y en su cuerpo todo lo que acontece en el universo, es víctima de complotes y persecuciones por organismos internacionales.
- *Idea delirante erótica (erotomanía)*. (franceses) Con mayor frecuencia en las mujeres y la paciente tiene la certeza de que un personaje importante en el espectáculo está enamorado de ella.
- *Idea delirante de celos*. En alcohólicos sobre todo.

- *Idea delirante de culpa o ruina.* En esquizofrenia o depresión. Se siente responsable de haber lesionado o destruido o llevar a la ruina a familiares o extraños.
- *Idea delirante de expansión de la mente.* El sujeto experimenta una claridad, amplitud, agudeza y capacidad infinita para percibir el mundo externo e interno. Involucra un estado emocional muy intenso, se presenta sobre todo en intoxicación con drogas o estimulantes.
- *Idea delirante mesiánica.* En la esquizofrenia y la manía, el sujeto siente es que enviado de Dios o Dios mismo, viene o está para salvar al mundo.
- Concepto que incluye un amplio grupo de sentimientos, estados de ánimo, estados afectivos (depresión –alegría), humor y la vida instintiva pulsional.

Sentimiento. Reacción psíquica positiva o negativa frente a una experiencia o la sensación inmediata subjetiva de la emoción.

Emoción. Respuesta anímica breve que involucra cambios fisiológicos y por lo tanto expresivos.

Estado de ánimo. Es una experiencia más duradera que el sentimiento o la emoción; es también llamado tono hedónico, o sea, nuestra capacidad para disfrutar o sufrir, es un rasgo de personalidad, un rasgo constante o frecuente de ver el mundo y actuar.

Por ejemplo: *Tristeza* es un estado de ánimo pasajero, mientras que la *depresión* dura más tiempo e involucras más aspectos.

Características de las emociones

- Son cambiantes
- Se articulan con las vivencias y las tiñen o matizan
- Son variables de sujeto a sujeto
- No pueden ser permanentes
- Contaminan los objetos y las vivencias
- Se pueden contagiar a los demás

La **vida emocional** se rige sobre todo por:

- La búsqueda del placer
- La evitación del sufrimiento
- Modifica nuestra percepción y razonamiento
- Referencias son poco sensibles, contaminan la vida del sujeto
- Toda vivencia desencadena estados emocionales

EXPLORACIÓN DE LAS EMOCIONES

- Estímulo
- Reacción fisiológica: frecuencia cardiaca, sudoración, respiración, dilatación de la pupila, tensión arterial (*biofeedback*, con el polígrafo).
- Cognitivo (pensamientos irracionales nos llevan a emociones inadecuadas).
- Contexto
- Respuesta (su adecuación proporcional con el estímulo).
- Sentimientos que generan al explorador (y su porqué).

En cuanto a las respuestas se debe estudiar:

- *Adecuación afectiva*, ¿qué tan apropiada es la respuesta? Puede ser exagerada o mínima
- *Oportunidad*, ¿qué tanto se relaciona en tiempo la emoción a la circunstancia vivida?
- *Proporcionalidad emocional*, **sensibilidad emocional**, reactividad que provoca el estímulo en el sujeto, ¿qué tanta relación guarda el estímulo con las respuesta emotiva?
- *Duración*, ¿cuánto tiempo permanece la respuesta al estímulo? (muchas veces depende de la edad).
- *Comunicación afectiva*, capacidad del individuo para transmitir o irradiar su estado emocional; la euforia del maniaco puede contagiar su entusiasmo, en tanto que la del oligofrénico (*poca-mente*, retraso mental) nos molesta.

TRASTORNOS O ANORMALIDADES EN LA EMOTIVIDAD

- *Aplanamiento afectivo*, también llamado **indiferencia emocional**, se refiere a una pobre reacción a un abatimiento o pérdida de la vida emocional, de manera que el individuo se torna indiferente sobre el bienestar propio o de los demás. Es indolente, se presenta en esquizofrenia, retraso mental, autismo y en trastornos orgánicos cerebrales.
- *Frialdad emocional*, es la actitud de la personalidad sociopática que no se conmueve por el sufrimiento de los demás. Sin embargo si tiene sentimientos propios (dependiendo del grado de afectación).
- *Sensación de no sentir nada*, se distingue del aplanamiento afectivo y de la frialdad emocional, porque el sujeto tiene la sensación torturante de no sentir nada, ni alegría, ni dolor, no sienten cariño por sus familiares y amigos, los que le desagradan profundamente, el sujeto se siente vacío, muerto, sin interés alguno.
- *Disociación o incongruencia ideo-afectiva*, se evalúa que tan coherente es la expresión emotiva. No hay una relación entre lo que siente y piensa o cómo lo manifiesta, y en la emoción en sí misma. Disociación en lo que manifiesta y la emoción misma.
- Risa o llanto inintencional, **paratimia** o inadecuación afectiva, ya que la emotividad no es congruente con el contexto en que se produce y la respuesta que desencadena.
- **parálisis pseudobulbar**, lesión en los tractos corticobulbares, el paciente tiene episodios de risa, llanto o ambos que resultan difíciles de interrumpir después de que se inician.
- *Proporcionalidad emocional*, **sensibilidad emocional**, reactividad que provoca el estímulo en el sujeto, qué tanta relación guarda el estímulo con las respuesta emotiva.
- *Rigidez afectiva*, el sujeto no se desprende fácilmente de un estado emocional, y permanece más de lo normal bajo dicha influencia, por eso también es conocida como **viscosidad** o **adherencia emocional**. Siempre está en el mismo tono afectivo, se presenta en demencias, enfermedades cerebrales, etc.
- *Irritabilidad* tendencia especial al enfado, enojo, ira o cólera, el sujeto se molesta con facilidad ante las menores dificultades de la vida.
- mal genio, cuanto dicha actitud es muy prolongada.
- mal carácter, parte de la personalidad.
- *Ambivalencia emocional*. Emociones distintas opuestas frente a una situación al mismo tiempo amor-odio.
- *Puerilidad*, estado eufórico con tendencia a decir bromas muy superficiales, se le dio también el nombre de **moria** y se presenta en lesiones del lóbulo frontal, esquizofrenia hebefrénica, retraso mental, así como en intoxicaciones metabólicas y sobre dosis estimulantes.
- *Labilidad emocional*, variación continua en el estado de ánimo sin el estímulo apropiado. Del llanto pasa a la alegría; se presenta en la manía, delirium, lesiones del lóbulo frontal y demencias; se le asocia con la incontinencia emocional (no puede controlar sus emociones, personalidad limítrofe, puede psicotizarse).
- *Anhedonia*, incapacidad para experimentar placer, síntoma inicial en la depresión.
- *Alexitimia*, es la falta de términos para explicar sus emociones. Ante un sentimiento que no pueden describir aparecen manifestaciones de tipo psicósomático y cómo sólo expresan quejas corporales de

sus sentimientos es frecuente que asistan con médicos no psiquiatras. Es el rasgo distintivo en la depresión enmascarada.

INTERPRETACIÓN DE LAS EMOCIONES

Existen **sentimientos sin objeto** o **causa** mentalmente determinada, el sujeto manifiesta un estado emocional sin que vivencia alguna lo haya provocado, de manera que está la emoción y después se busca el objeto para colocar sobre un sentimiento.

Clarividencia o **experiencia mística**, una sensación de captar el sentido más profundo de las cosas.

Sensación cósmica, expansión de la mente, vivencia metafísica o percibir el **carácter de lo infinito**. Esto sucede por ejemplo en un epiléptico. (Dostoivski: El príncipe idiota).

En epilépticos, el foco puede ser un centro de placer o displacer. De displacer, como es el núcleo amigdalino del lóbulo temporal, experimentan pánico intenso.

Del conjunto de las emociones, las modificaciones en el afecto son las mejor definidas, se conciben como placer-displacer o alegría-tristeza; pero como trastornos se conceptualizan básicamente como **depresión** y **manía**.

Parámetros para estudiar la afectividad:

- Tiempo
- Intensidad
- Persistencia
- Afectación (en la vida)

Tristeza

Surge por la frustración de las necesidades biológicas o psicológicas del sujeto, por la pérdida de alguien o algo, por diversos estímulos aversivos, así como por cualquier alteración p enfermedad orgánica.

Puede tener manifestaciones como la pérdida del apetito, pero a diferencia de la depresión no dura más de 2 semanas (A, tiempo).

Depresión.

- Dura o permanece por un periodo de tiempo mayor de 2 semanas, dentro del cual la mayor parte del tiempo presenta:
- Cansancio, o falta de energía (anergia).
- Baja de apetito, por lo tanto baja de peso.
- Insomnio final o terminal
- Anhedonia
- Lenguaje hipofónico (volumen bajo).
- Falta de atención (el problema no es la memoria).
- La tristeza es un síntoma de la depresión.
- Mejoría vespertina
- Quejas somáticas:
- Trastornos digestivos como estreñimiento
- Constipación
- Dolores de espalda

- Mareos
- Trastornos menstruales
- Trastornos de la libido (frigidez o impotencia)
- Sentimiento de minusvalía

Existen los factores etiológicos y los desencadenantes.

ETIOLOGÍA

- Enfermedades físicas.
- Alteraciones hormonales (posparto, uso de anovulatorios, menopausia, hipo o hipertiroidismo, hipoaldosteronismo, periodo premenstrual, lopus herimatos.
- Enfermedad de Cushing, la glándula suprarrenal produce adrenalina y corticoesteroides de más.
- Enfermedad de Addison, la glándula suprarrenal produce adrenalina y corticoesteroides de menos.
- Hipovitaminosis, falata de complejo vitamínico B-12, B-3, C etc.
- Farmacodependencia.
- Farmacoterapia, por deficiencia de neurotransmisores.
- Posterior a enfermedad física. (histerectomía, amputaciones, etc)
- Enfermedad mental.
- Alteraciones orgánico-cerebrales. (Parkinson)
- Herencia (hay una carga genética)
- Vivencial
- Estrés

La prevalencia de la depresión va en aumento a medida que se agregan factores de riesgo a la lista de la población general.

5.8 % población general

9.4% enfermedad crónica

33% hospitalización

36% 3era edad

33% pacientes con cáncer

42% pacientes con cáncer hospitalizados

47% accidente vascular cerebral

45% IM Infarto al miocardio

89% enfermos de Parkinson

De todas las enfermedades de un país, el 3.1% son conductuales, y el 8.1% son mentales, de las cuales la depresión abarca el 17.3%

EPT 7.1%

Drogas 9.8%

Epilepsia 9.3%

Suicidios 15.9%

2/3 es decir el 66% de los pacientes con depresión tienen ideas de suicidio, pero solo del 10 al 15 % cometen el acto de suicidio.

Causas o factores que pueden favorecer la depresión.

- **Neurobiológicos.** baja de Serotonina, baja de noradrenalina, herencia, hipotiroidismo, posparto, menopausia, lupus eritematoso (piel y nervios).
- **Psicosociales.** Estrés continuo, pérdida de familiar, caída de WTC, asalto, robo, violación, secuestros, etc.
- **De desarrollo.** Pubertad y antes, infancia separación madre-hijo, abandono.

Sin tratamiento

50% tienen sólo un cuadro depresivo

20% recurrencia

30% depresión crónica

Fenómeno del Iceberg

De los enfermos de

depresión sólo unos

pocos son atendidos

por psicólogos o

psiquiatras.

Los obstáculos para reconocer la depresión son principalmente:

- Stigma, es cuando el enfermo no quiere ir a consulta pues le resulta penoso saber que necesita ayuda psicológica o psiquiátrica. Yo no estoy loco.
- Enfermedad enmascarada. Cuando esta encubierta en o por otra enfermedad, se dan otros síntomas.
- Enfermedad médica comórbida. Realmente existen otras enfermedades orgánicas a las que se les da importancia primordial.
- Colusión tácita. no tiene importancia
- Restricción de tiempo. No le dedican tiempo, esto sucede con frecuencia en hospitales generales.
- Educación médica inadecuada.

Van a consulta por problemas gastrointestinal, nervioso-central, cardiaco-respiratorios, en general.

Eventos estresantes que pueden ser factores de riesgo.

- divorcio
- Muerte del cónyuge

- Historia personal de depresión
- Historia familiar de depresión
- Eventos adversos en la vida
- Abuso de sustancias
- Desorden físico
- Falta de apoyo social

En la mujer existe un doble riesgo de depresión pues:

- tienen menor grado de escolaridad (por lo general)
- Matrimonio inestable
- Parto y posparto
- Menopausia, última menstruación
- Climaterio– tiempo de proceso y después de menopausia.

Depresión :

- Psicótica. Alucinaciones, ideas delirantes de culpa o suicidio. Se acompaña de síntomas psicóticos, es de mucha gravedad y requiere tratamiento médico. (severa a moderada > medicamento) que eleven la **Serotonina** y la **noradrenalina** y que bajen la **dopamina**.
- Somática. Es la más frecuente, se presentan cefaleas, dolor menstrual intenso, molestias físicas como mareos, cansancio, ardores sin razón.
- Atípica. En mujeres jóvenes, hiperfáaia, hipersomnia, sube de peso y no hace nada.
- Trastorno depresivo estacional. En inviernos, está relacionado con la melatonina y la falta de luz, así que se les da **fototerapia**, terapia con luz.
- Trastorno bipolar de ciclo rápido, episodio depresivo. Menos de 6 meses, incluso puede ser de tan sólo horas. episodio depresivo se refiere al momento en que se trata al paciente.
- Distimia. Dura por lo menos 2 años, se presenta anergia, insomnio, etc. Pero se considera una conducta habitual del sujeto, **personalidad depresiva**.
- Depresión pos parto. Después del parto.
- Depresión breve recurrente. Se presenta periódicamente aunque con corta duración.
- Síndrome mixto de ansiedad y depresión (en DSM IV). Más o menos la misma intensidad de ansiedad y depresión.
- Depresión enmascarada o subumbral. La reconoce hasta que alguien le pregunta y después ya identifica que las alteraciones somáticas estaban siendo causadas por su misma depresión.

MANIA

Es una alteración afectiva que se presenta por periodos, y se manifiesta por

- un estado de ánimo elevado,
- predomina la euforia,
- la exaltación,
- y la irritabilidad aparece cuando se lleva la contraria al sujeto, porque no acepta críticas,
- sobre estima sus habilidades
- No tiene juicio crítico llegando a percibir una sensación de grandiosidad francamente delirante.
- Indiscreto
- Impertinente
- Imprudente
- Beligerante
- Hiperactivo
- Verborrérico

- Taquipsíquico
- Con fuga de ideas
- Agitación psicomotora
- Falta de concentración
- Hedónico
- Se percibe así mismo como hábil para todo
- Se enreda con sus riesgos y conflictos.
- Demasiado optimismo y festividad que contagia
- Contacto social no selectivo.

Espectro de la manía

I. **NORMAL**. Contento, satisfecho y alegre frente a una vivencia agradable; optimismo realista

II. **EXALTACIÓN NEURÓTICA**. Se presenta en sujetos normales con un estado elevado de ánimo por un breve periodo, incremento de autoestima y mayor capacidad de trabajo, disminución de la necesidad del sueño y permanece socialmente aceptable.

III. **HIPOMANIA**. Exageradamente contento, alegre y optimista, pero con determinada capacidad de juicio que no pierde su relación con el medio ; a pesar se su cambio notorio en el comportamiento, todavía es funcional.

IV. **MANIA**.

V. **MANIA DELIRANTE O ALUCINATORIA** . Además de los síntomas propios presenta ideas delirantes, alucinaciones, en su mayoría ego-sintónicas con su cuadro mental.

Etiología

- Cocaína (es un estimulante)
- Anfetaminas que producen los síntomas maniacos.
- Lesión orgánico-cerebral. En el núcleo septal.
- Alteraciones mentales. Retardo mental, esquizofrenia y las demencias. Los pacientes de Parkinson reciben cantidades elevadas de l-dopa y promocriptina.
- Hormonales. Factores toxico-metabólicos, hiper e hipotiroidismo, hiper o hipocorticismos, síndrome carcinoide, carcinoma de páncreas y algunas enfermedades virales.
- Lesiones orgánicas cerebrales. Tumores de hipotálamo y esclerosis múltiple y algunas demencias.
- Factores psicosociales (vivencias gratificantes)
- Herencia y enfermedades congénitas
- Otros. Terapia electroconvulsiva, uremia, hemodiálisis, deficiencia en la vitamina B-12 y psicosis postparto

PSICOSIS ESQUIZOAFECTIVA

Es la manifestación clínica psicótica que incluye los síntomas de la esquizofrenia y de la psicosis maniaco-depresiva. *Kasamin* (1933) (presentan respectivamente Ideas delirantes, aplanamiento afectivo y manía-depresión).

Tratamiento farmacológico con **litio** es muy útil, a diferencia de la esquizofrenia donde es de ayuda nula.

CICLOTIMIA

Se presentan cuadros de hipomanía con depresiones leves a moderadas. Es un trastorno crónico de menor intensidad.

La ansiedad es un mecanismo de adaptación y por consiguiente una experiencia común a toda la humanidad, de manera que no es patológica en si, sin embargo la ansiedad como único síntoma puede aparecer sola y dar un cuadro nosológico independiente.

Ansiedad = angustia --> defensa y / o huida

Características:

- incremento de la presión arterial
- Vaso dilatación muscular
- Vasoconstricción periférica
- Aumento de la glucosa en la sangre por la secreción de adrenalina y cortisol.
- Incremento en el estado de alerta y tensión muscular
- Dilatación pupilar
- Secreción de endorfinas que favorecen la analgesia y la anestesia
- Sequedad de la boca
- Etc.

Durante el tiempo de la amenaza, el sujeto está ansioso por el efecto de la adrenalina y noradrenalina, pero cuando se encuentra en fragor de la batalla o de la acción de respuesta, permanece paradójicamente tranquilo, ello obedece a descargas de endorfinas.

Síndrome general de adaptación. La cascada de fenómenos físicos que se presentan es innata

Para ver si la ansiedad es adaptativa o desadaptativa, para ver si es normal o anormal se toman en cuenta tres aspectos:

- Intensidad
- Duración
- Estímulo

Síntomas conversivos: se expresan como incapacidades somáticas

Síntomas psicóticos: transitorios, sucede en personalidad limítrofe (con CI cerca de 80).

No hay diferencia cualitativa entre ansiedad patología o no.

El **Miedo** se refiere a una causa objetiva y amenazante, después puede convertirse en angustia por el recuerdo y la supuesta amenaza de enfrentarse a tal circunstancia.

- intensidad > adecuada
- Duración > proporcionada
- Estímulo > claro y real

El estímulo proporcionado o desproporcionado de la respuesta nos puede servir como patrón para diferenciar entre angustia y miedo.

ANSIEDAD > no hay estímulo real y el funcionamiento comienza a bajar a medida que pasa el tiempo pues se agota el individuo por tanta ansiedad.

Ley de **Yerkes–Dodson**; en donde se ve que se necesita cierto grado de ansiedad para un buen funcionamiento, pero cuando la ansiedad rebasa límites críticos, entonces el funcionamiento y la adaptación se abaten.

Neurosis es un término que ya no se usa, anteriormente era común pero hoy tiende a desaparecer por su ambigüedad.

Trastornos de ansiedad

Son un grupo de alteraciones que tienen como principal síntoma la angustia y que forman entidades nosológicas bien diferenciadas.

- Trastorno de Ansiedad Generalizada. Es permanente
- Trastorno de pánico o ataques de angustia. Es episódica.
- Fobias. Antes circunstancias o eventos.
- Hipocondriazas
- Trastorno de somatización somáticos
- Trastornos conversivos
- Trastornos disociativos

Manifestaciones

De la ansiedad en general:

Psíquicas. Pensamientos repetitivos, despersonalización y desrealización.

Somáticas. Dolor precordial, agitación, astenia, disnea, mareo, ganas de ir al baño.

Conductuales. Movimiento (salir corriendo), morderse las uñas, tricolicomania. Etc.

Despersonalización > ellos han cambiado.

Desrealización > el mundo ha cambiado.

Disnea > respiración difícil o complicada.

Dolor precordial > dolor en el área del corazón.

Astenia > cansancio.

Tricolicomania > jalarse y arrancarse el cabello, pestañas o cejas.

Ansiedad en las enfermedades mentales

Ansiedad Psicótica. Se experimentan sensaciones amenazantes como parte de una equivocada percepción del mundo a través de alucinaciones o las ideas delirantes.

Ansiedad neurótica. Resultado de situaciones conflictivas que rebasan la capacidad del sujeto para mantenerlas bajo control. Surge ante el impedimento para satisfacer necesidades desde alimento hasta dominio, metas de trabajo, etc.

Ansiedad exógena. Se genera por conflictos con el exterior, ya sean personales o sociales.

Ansiedad endógena. Es autónoma y relativamente independiente de factores medioambientales y se producen por alteración metabólica o genética, Por ejemplo, la abstinencia de alcohol, barbitúricos, etc.

Ansiedad disminuída. Manifestación de la personalidad antisocial, en donde el sujeto no teme entrar en dificultades o conflicto con la autoridad, y por lo tanto es fácil que tragedia la ley.

Trastornos específicos de la ansiedad

Ansiedad generalizada

Se da agregada a una personalidad se acompaña de manifestaciones vegetativas (cefalea, dolor muscular, colitis inespecífica crónica, gastritis crónica). Se presenta la **expectación aprensiva**, que es cuando se tiene ansiedad y preocupación excesiva e infundada sobre una o más circunstancias vitales.

- por dos o más cosas
- Por más de 2 años

Esta alteración le dura todo el día, es constante. Por eso se dice que es de

DURACIÓN = continua, diaria o casi diaria.

Ataques de pánico

El sujeto siente de repente y sin razón que una sensación de terror lo invade y percibe su muerte, condena eterna o destrucción inminentemente, por ello desea escapar en el acto. Esta crisis se presenta por periodos breves, de 3 a 10 minutos, afectando con mayor frecuencia a las mujeres.

DURACIÓN = periodos cortos 3–10 min.

Ansiedad anticipatoria, se presenta por el miedo a tener otro ataque, y así se desarrollan las fobias.

Agorafobia. Es el miedo a estar sólo o a estar en situaciones desprotegidas. (fobia de evitación).

Obsesiones

Son pensamientos o impulsos recurrentes, involuntarios, intrusos y ego–dísticos, en donde el sujeto sabe que no tienen sentido, que son inapropiados e irracionales, pero que se imponen a su pesar. Como personalidad, el **obsesivo–compulsivo** es perfeccionista e inflexible, pueden tener muchos logros por su persistencia y orden en su desempeño.

Compulsiones

Son los actos repetitivos y persistentes, en ocasiones irracionales y estereotipados y de acuerdo con ciertas reglas que van más allá de la capacidad de control y término del individuo, que obedecen a las ideas o impulsos obsesivos y fóbicos, es decir, son los actos que responden a las obsesiones.

presencia de los demás, o sea es un **temor al ridículo**.

Acrofobia

Anestesia psíquica o emocional:

Un abatimiento en la respuesta emocional frente a sus vivencias cotidianas, donde muestra pobre capacidad para sentir las emociones, en particular la ternura, el afecto y la sexualidad.

Después de la experiencia traumática el sujeto puede oscilar entre una fase de negación y una de intrusión:

- **fase de negación**, una frialdad afectiva, el sujeto minimiza la experiencia traumática, olvida gran parte de lo que sucedió y muestra desapego emocional ante los demás.
- **Fase de intrusión**, se introducen en su mente a manera de ilusiones, alucinaciones, pesadillas e imágenes mentales reviviendo compulsivamente el suceso estresante y el individuo piensa que se volverá loco.

Hipocondría

Creencia injustificada, una preocupación exagerada y agobiante de que padece una enfermedad grave. Con una interpretación poco realista de sus signos y síntomas.

El temor de llegar a estar enfermo

También entra dentro de los trastornos de somatización

TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN

- Trastorno de somatización. Preocupaciones excesivas, alteraciones en funciones fisiológicas o síntomas, muchos estudios, toman muchos medicamentos, dificultad para asociar la sensación de angustia con sus nervios. Siente que la palpitación le duele, y que son inaguantables los síntomas de su enfermedad
- Hipocondría
- Conversión
- Dismórfico, sobre valoración de defectos.
- Dolor

Etiología

- Cocaína (es un estimulante)
- Anfetaminas que producen los síntomas maníacos.
- Lesión orgánico-cerebral. En el núcleo septal.
- Alteraciones mentales. Retardo mental, esquizofrenia y las demencias. Los pacientes de Parkinson reciben cantidades elevadas de l-dopa y promocriptina.
- Hormonales. Factores toxico-metabólicos, hiper e hipotiroidismo, hiper o hipocortisolismo, síndrome carcinoide, carcinoma de páncreas y algunas enfermedades virales.
- Lesiones orgánico cerebrales. Tumores de hipotálamo y esclerosis múltiple y algunas demencias.
- Factores psicosociales (vivencias gratificantes)
- Herencia y enfermedades congénitas
- Otros. Terapia electroconvulsiva, uremia, hemodiálisis, deficiencia en la vitamina B-12 y psicosis postparto

PSICOSIS ESQUIZOAFECTIVA

Es la manifestación clínica psicótica que incluye los síntomas de la esquizofrenia y de la psicosis maniaco-depresiva. *Kasamin* (1933) (presentan respectivamente Ideas delirantes, aplanamiento afectivo y manía-depresión).

Tratamiento farmacológico con **litio** es muy útil, a diferencia de la esquizofrenia donde es de ayuda nula.

CICLOTIMIA

Se presentan cuadros de hipomanía con depresiones leves a moderadas. Es un trastorno crónico de menor intensidad.

El impulso es un deseo o tentación de un sujeto para llevar a cabo ciertos actos, éste puede o no resistirse consecuentemente y el acto puede o no ser planeado.

- Puede o no resistirse
- Puede o no ser planeado.

IMPULSIVIDAD PATOLÓGICA:

- El sujeto no puede resistir el impulso a pesar de que sabe que dañará a los demás o a sí mismo.
- El acto es consonante con los deseos conscientes del sujeto, o sea, es ego-sintónico.
- Antes de realizar el acto siente una tensión emocional y una excitación mental creciente, que el individuo describe como presión, inquietud o ansiedad.
- Inmediatamente después de haberlo realizado, siente una gran liberación de tensión, placer y gratificación.
- Tiempo después de su ejecución se arrepiente, tiene pena y sabe que está mal.

TRASTORNOS EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS

- Abuso de drogas.
- Parafilias > trastornos de la conducta sexual
- Trastorno explosivo intermitente > **descontrol episódico**, por lo general presentan:
 - agresividad
 - trastorno de atención residual
 - reacción alcohólica idiosincrásica
 - asalto sexual, verbal, físico, etc.

Esta violencia se presenta en crisis aisladas, con pérdida de control en los impulsos agresivos, la explosión es dramática, y paroxística (súbita y aguda), desproporcionada a la situación y conduce a una grave violencia.

- respuesta desproporcionada (de repente y no premeditada)
- después se arrepiente

EEG-mapa cerebral muestra descarga epiléptica en el lóbulo temporal y cerca de la amígdala

- **Cleptomanía** > Impulso irreprimible para robar objetos innecesarios por su valor práctico o monetario, los que después son tirados, regalados o devueltos subrepticamente.
 - el sujeto no planea el robo
 - le produce excitación
 - experimenta tensión emocional importante antes del hecho y cuando se realiza.

– se asocia a mujeres.

• **Piromanía** > tendencia liberada a prender fuego y observarlo.

– sujetos con retraso mental

– se asocia a los hombres

– sujetos con trastorno de atención por hiperquinesias y enuresis

– pobre control de impulsos.

Este cuadro sugiere una alteración neurofisiológica, entre otros factores.

• **Juego patológico** > adicción al juego, es el irreprimible a los juegos de azar y de apuesta, donde arriesga su bienestar económico, familiar etc.

– adicción al juego

– la emoción de jugar le produce excitación, al igual que la incertidumbre.

– gane o pierda, su inquietud por el juego no se abate.

La diferencia con el *juego social* es que este último se realiza como ritual para estar acompañado con los amigos o familiares, las pérdidas son aceptables, se hace por placer y es opcional; por su parte el adicto excluye a sus amigos, las pérdidas son enormes y no puede detenerse.

• **Tricotilomanía** > impulso incontrolable de arrancarse el cabello (pestañas, cejas, y demás). El sujeto siente una tensión emocional previa y gratificación al hacerlo.

– bajo estrés la conducta es más intensa

– es frecuente que niega dicha conducta

– puede llegar a comerlo.

Dx diferencial con: alopecia, micosis (por hongos), ya que el sujeto se los arranca.

• **Trastorno explosivo aislado** > de la nada toma un arma, mata a gente y luego se suicida no hay razones claras.

• Monomanías. (Kreapelin 1992) **locura impulsiva:**

– poriomanía, fugas impulsivas

– dromomanía, tendencia a caminar mucho

– envenenadoras compulsivas, sirvientas que dan muerte a los niños que les confían.

– redactores anónimos de cartas insultantes

– coprolalia telefónica

– oniomanía, la compulsión de comprar

- Violencia patológica.

VIOLENCIA Y AGRESIÓN

La agresión> amenaza o implicación de la fuerza que puede conducir a una lesión sobre la persona o la destrucción de la propiedad, con el fin de que el sujeto lleve a cabo alguna acción que va contra su voluntad.

Violencia > la expresión física y abierta de la agresividad.

Síndrome de Munchausen; la mamá mantiene al niño enfermo constantemente para tener atención en el hospital.

Se considera patológica la **inhibición de la agresividad**, que está presente en los trastornos por evitación, pasividad, depresión, retardo mental, esquizofrenia, demencia, etc.

Causas de la conducta violenta:

- Pobre capacidad de frustración y bajo intelecto.
- modelo de conducta
- Figura de identificación
- Dificultades educativas y pobre inserción socio-cultural.
- Resultado de un estado emocional intenso.
- Intoxicación por drogas

Se deben de buscar todos los factores personales y sociales que conducen al sujeto a la violencia.

TIPOS DE VIOLENCIA

- *Conducta habitual*> estilo de vida, incluye el llamado modelo de conducta o **figura de identificación**.
- *Reacción de coraje* > **intolerancia afectiva**. Por Incapacidad para controlar las emociones.
- *Daño del lóbulo frontal*.
- *Síndrome hipotalámico-límbico de la furia*
- *Drogas*, marihuana, hashish, alcohol, LSD, mezcalina, psilocibina, hongos alucinantes, peyote, etc.
- *Epilepsia*, por lesiones irritativas o destructivas en el SNC en particular del lóbulo temporal izquierdo.
- *Endocrinopatías*, hipoglucemia, síndrome premenstrual, elevación de los niveles de testosterona, castración química.
- *Alteraciones metabólicas*, bajo un estado confusional o delirium.
- *Bioquímicas*, cambios en los neurotransmisores.
- *Genéricas*, Genotipo más XYY
- *Psicosis*, agresión puesta a la supuesta agresión de los demás bajo la idea delirante de daño.. Bajo el efecto de un trastorno psicótico, como es la manía, esquizofrenia (furor catatónico) o psicosis orgánica.

SUICIDIO

La agresividad se vierte sobre el mismo individuo; no obstante esa agresividad puede o no ser consciente. El depresivo es el sujeto que con mayor certeza se suicida.

- **Suicidio lúcido**. Cuando una persona desea suicidarse ya que tiene una enfermedad incurable, dolorosa y sin menor indicio que pueda mejorarse.

- **Suicidio psicótico.** El suicidio del esquizofrénico, involucra muchos simbolismos y su conducta obedece a ideas delirantes y alucinaciones (muertes brutales).
- **Suicidio impulsivo.** Se suicidan por una falta de control de sus impulsos, como en el caso de la personalidad antisocial, explosiva, trastorno de la atención de tipo residual, epilepsia, retardo mental y demencias. Se llega a la muerte por arrebatos emocionales y pobre tolerancia a la frustración.
- **Parasuicidio.** Amenaza de cometer suicidio con el fin de lograr afecto, dominio o protesta; No desea suicidarse, pero lo utiliza como una forma de presión. En adolescentes, en trastorno conversivo o disociativo.
- **Asfixiofilia.** Es una parafilia donde la excitación sexual se produce por la sensación de asfixia, y el individuo muere por descuido.

Existen los suicidios no conscientes, como los de los toxicomaniacos, los que practican deportes de alto riesgo o en algún accidente.

La autoagresión

La agresión se dirige contra sí mismo, pero no tiene como fin el aniquilamiento del individuo. La persona no desea morir, por lo menos no conscientemente; sucede con los transexuales que por odiar a sus genitales puede lesionarlos, o cuando por una frustración el sujeto se golpea contra la pared. Conductas autodestructivas, rechazo de alimentos, abuso de medicamentos, etc.

- Autolesión accidental. En la Corea de Huntington, en la coreoacantosis, en epilepsia y disquenesia tardía, el sujeto se auto lesiona la lengua, los labios, el interior de los cachetes. Etc.
- Automutilación psicótica
- Autolesiones de grupo. Auto mutilación contagiosa.

Factores socioculturales de la violencia

Los que tienen mayor implicación son el sexo, la edad y los problemas tempranos en el desarrollo, además de determinantes socioeconómicos, los cuales se han vinculado con la desintegración familiar, alteración mental, discriminación racial, pobreza, frustración, asesinato, estrés, desempleo y conducta violenta.

Es el conjunto de capacidades y sus instrumentos que sirven al ser humano para:

- Adaptarse
- resolver los problemas de su existencia
- en sentido práctico y teórico
- Por medio del pensamiento y la actuación lógica y racional.

Stern 1928

la capacidad de adaptar su pensamiento consciente a las nuevas exigencias, así como la capacidad de adaptación a nuevas tareas y condiciones de vida.

PREREQUICITOS DE LA INTELIGENCIA

- Memoria
- Atención
- Fijación
- Habilidades psicomotoras
- Lenguaje

- Fatiga
- Motivación
- Estados de ánimo

Inteligencia se define en términos operacionales como **coeficiente intelectual** (CI ó IQ), el cual se obtiene de las pruebas de inteligencia adaptadas a cada país, tales como el Wechsler, Stanford–Binet, entre otras.

DETERMINANTES DE LA INTELIGENCIA

INSTRUMENTOS

- Integridad de las funciones preceptuales
- Integridad de la función motoras
- Integridad del SNC
- Capacidad de atención y concentración.
- Memoria

PROMOTORES

- Factores culturales y educativos
- Factores emotivos, motivacionales y voluntad.
- Capacidad adaptativa.

El rango normal de CI va de 80 a 120.

PATOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA

Retardo mental.

Oligofrenia, subnormalidad mental, o deficiencia mental.

Cuando el CI es inferior a 70, se considera retardo mental. Es por un desarrollo no adecuado antes de los 18 años.

Del 1 al 1.5% de la población de los países desarrollados tienen retardo mental y es más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 1.5 a 1.

En general lenguaje poco articulado, inadecuada modulación y expansividad, vocabulario restringido, en especial las palabras que incluyen conceptos abstractos.

Carece de motivación, espontaneidad y curiosidad del normal. Su juicio ético y estético es nulo. Dificultad para percibir metas a largo plazo. No puede distinguir lo esencial de lo no esencial. Pensamiento abstracto muy limitado.

Presenta infantilidad o **infantilismo emocional** que se caracteriza por desinhibición, el llanto y la risa aparece y desaparece con facilidad, las situaciones placenteras se expresan con movimientos amplios de todo el cuerpo, esto es, o tiene madurez para controlar su emociones; y los cambios emocionales no siempre responden a una causa congruente externa o interna.

Grado de RM	Preescolar (0–5 años)	Escolar(6–20 años)	AdultoEtapa de trabajo + de 20 años

Profundo – 20 CI	Retardo importante del desarrollo sensomotor. Cuidados de enfermería	Escaso desarrollo motor. Capacidad mínima de entrenamiento. Cuidados de enfermería.	Habilidades motoras y de lenguaje mínimas, insuficientes para la adaptación laboral, autonomía nula.
Grave 20 –40 CI	Desarrollo verbal y mental mínimo, no puede valerse de sí mismo. C de enfermería	Comunicación verbal pobre, hábitos higiénicos elementales. Cuidado de enfermería.	Capacidad de autocuidado sólo bajo supervisión. Atención de enfermería. Pobre comunicación verbal.
Moderado 40–50 CI	Puede hablar y comunicarse con limitaciones, desarrollo motor regular. Supervisión.	Capacidad I hasta el 1º ó 2º de primario, puede autocuidarse, independencia relativa.	Se le puede capacitar para un trabajo sencillo bajo supervisión estrecha. Dificultad para comunicación verbal. Soporte terapéutico bajo estrés.
Leve 50–70 CI	Retardo psicomotor mínimo, capacidad de comunicación aceptable. Puede pasar inadvertida su deficiencia.	CI para terminar la primaria, pero no más. En esta edad se detecta la patología. Requiere ayuda para la adaptación social	Capacidad para desempeñar trabajos sencillos con poca supervisión. Soporte terapéutico sólo bajo estrés.

*Capacidad intelectual **límitrofe***

IC mayor a 70 y menor a 85. Presentan dificultad de desempeño social y laboral, de manera que requieren educación especial.

Estupidización afectiva

Tendencia a reír de cualquier cosa, de manera que el sujeto parece menos inteligente de lo que realmente es. En sentido estricto es un término erróneo cuando se considera como trastorno de la inteligencia.

Idiota–Sabio

El **monosabio** conceptualizado por Sir Longdon Down, como un individuo con gran capacidad mecánico–lingüística, sustentada en una memoria colosal, con muy pobre capacidad de aplicación práctica y teórica, así como deficiencias globales de CI 40 a 50.

Sólo se reconoce una habilidad extraordinaria en el sujeto con grave menoscabo de sus capacidades intelectuales globales.

Habilidades en cálculos, habilidad de repetir cualquier discurso en cualquier idioma si omitir nada, etc. Ninguno de ellos es capaz de describir o transferir la técnica de cómo lo hace.

Estas habilidades pueden aparecer y desaparecer inexplicablemente, y pueden ser congénitas o adquiridas.

DEMENCIA

La **demencia** es la pérdida de la memoria después de los 18 años, cuando ya hubo un desarrollo completo del individuo y después aparece esta alteración. Pérdida de tejido cerebral.

SÍNTOMAS: Este trastorno se inicia con el deterioro de las habilidades previas para la inteligencia, como las habilidades de la memoria, el lenguaje, la capacidad visoespacial, la cognitiva, el entendimiento, el juicio o la abstracción.

PROVOCAN: desintegración de la personalidad y puede observarse en las pruebas psicológicas una disminución en sus logros intelectuales.

Es importante no confundir la afasia, amnesia y otros trastornos nosintomáticos con la demencia.

La demencia puede ser:

- Estática, como la que se presenta después de una infección viral.
- Progresiva, como el Alzheimer
- Regresiva, como la que aparece en un hematoma subdural,
- Ambos casos (retardo mental y demencias) pueden ser por:
 - daño o lesión que afecta al SNC directa o indirectamente.
 - Malformaciones genéticas
 - Virus, los cuales prefieren neuronas (son neurotóxicos)
 - Desnutrición crónica

Otras causas de la demencia,

Infecciones bacterianas, virales, micóticas y parasitarias (cisticercosis) del cerebro, el traumatismo craneoencefálico, los trastornos tóxico-metabólicos como la anemia perniciosa, hipotiroidismo, enfermedad de Pick, el Parkinson y la corea de Huntington.

Demencia. Es por pérdida de tejido cerebral. la sintomatología demencial está en relación directa con el grado de afectación anatómica en el sistema nervioso central.

Un ejemplo de demencia progresiva consiste en 3 etapas como el caso de la **demencia degenerativa primaria** tipo **Alzheimer**.

- En el Alzheimer, la memoria se afecta por que el daño está en el hipocampo y en las áreas de asociación frontales. Destrucción neuronal

1º lenguaje pobre, pocos sustantivos y escasa elaboración de ideas, anomia, afectación de memoria, capacidad cognoscitiva y visoespacial. EEG y tomografía normales.

2º Lenguaje parafásico, pobre capacidad de comprensión, actitudes y lenguaje perseverante. Memoria reciente y antigua están muy afectadas, así como las habilidades visomotoras, el cálculo y la abstracción, hay apraxia, agnosia, inquietud psicomotora y puede aparecer psicosis o depresión. EEG = lentificación y mayor cantidad de ondas *teta*, y la tomografía puede ser normal o mostrar una ligera atrofia cortical difusa.

3º deterioro intelectual muy severo y muchas de las capacidades cognoscitivas no pueden determinarse por su nula actividad, la expresión verbal se reduce a monosílabos, palilalia y mutismo; se pierde control de esfínteres y los miembros se rígiden. El EEG muestra mayor lentitud y más ondas *teta* y en tomografía aparece una clara atrofia ventricular y cortical difusa.

- **Demencia por infarto múltiple.** Vascular. Multifactorial. áreas afectadas por pequeños infartos. depende de las áreas afectadas:
 - ♦ corteza cerebral = afasia, amnesia, agnosia y apraxias.
 - ♦ central = lentitud, depresión y trastornos cognitivos (antes arterioesclerosis)
- **Causas diversas de la demencia.** Viral, Creutzfeldt Jacob, virus lentos, de 2530 años. Infecciones bacterianas, virales, micóticas y parasitarias (cisticercosis) del cerebro, el traumatismo

craneoencefálico, los trastornos tóxico–metabólicos como la anemia perniciosa, deficiencia de ácido fólico, hipotiroidismo, plomo, talio, inhalación voluntaria de solventes, antineoplásticos, entre otros, también la enfermedad de Pick, el Parkinson y la corea de Huntington.

- *Demencias reversibles*. Provocadas por hipotiroidismos, hematoma subdural, hidrocefalia normotensa e infecciones como la neurosífilis entre otras, en donde la alteración fundamental es de origen fisiológico o bioquímico, pero la lesión anatómica es escasa o nula.

MEMORIA

Es la capacidad para

- registrar
- almacenar
- Y colocar en nuestra psique los acontecimientos que experimentamos teóricamente o eventualmente para recordarlos después.

Para REGISTRAR se requiere de:

- Estado claro de conciencia
- Concentración
- Comprensión
- Integridad de sistemas sensoriales de percepción.
- Ambiente o medio correcto: luz, comodidad, temperatura, ruido, distractores.
- Interés. Agradable > Edo. Emocional.
- Intensidad del estímulo
- Forma de la información (asociación).

Nuestra memoria es frágil y poco confiable.

Para ALMACENAR. Se requiere de un SNC íntegro.

Para COLOCAR. En la memoria reciente, luego tras la repetición, se coloca en la memoria a largo plazo, para sí poder posteriormente y cuando se requiera RECORDAR.

La memoria se divide en:

- **Memoria a corto plazo** o de **adquisición** de nueva información, esta memoria **inmediata**, se refiere a la capacidad para recordar dígitos o palabras en 5 a 7 minutos sin guardar necesariamente un recuerdo de ello.
- **Memoria a largo plazo** o de **evocación**, la que nos permite recordar sucesos que pasaron hace años.
 - **Memoria Activa**, cuando se tiene que recordar, por ejemplo, una palabra en otro idioma.
 - **Memoria pasiva**, cuando se pronuncia una palabra y el sujeto reconoce su significado.
 - **Sumaria o esencial**, en donde recordamos elementos fundamentales.
 - **Específica o no esencial**. conserva detalles que no son útiles para entender el hecho completo.
 - **Memoria selectiva**. Son recuerdos escogidos con base a un estado de ánimo.

Anatomía y fisiología

Sistema Límbico– se da la primera información

HIPOCAMPO

(estado de ánimo)

Recuerdo

MEMORIA

Se va al lóbulo frontal y alas distintas áreas de asociación dependiendo del tipo de estímulo:

Modificación de la **Proteinquinasa-C** > nos permite guardar un registro.

Memoria a corto plazo > circuito del sistema límbico, por medio de las vías colinérgicas que parten del tálamo, cuerpos mamilares y telencéfalo basal y que se dirigen al núcleo amigdalino e hipocampo.

Memoria inmediata, estructuras de los lóbulos frontales.

Memoria a largo plazo, corteza cerebral, en especial en las áreas de asociación del lóbulo temporal.

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

- Cualitativos: fenómeno de lo ya visto.
- Cuantitativos:

- amnesia (total)
- hipoamnesia (poca)
- hiperamnesia (much) pérdida o ausencia de la memoria
- paramnesia (ausencia de recuerdos)
- dismnesia.

Tipos de amnesia:

- De fijación o anterógrada. No es posible registrar nuevas experiencias en personas seniles. Queda un vacío en la memoria, o **Amnesia Lacunar**, puede ser temporal o permanente. Los acontecimientos antiguos se recuerdan bien. X drogas, traumatismo craneoencefálico o estados confucionales.
- De evocación o reproducción, el sujeto no puede traer a la conciencia los eventos que experimentó, X traumatismo craneoencefálico.
- Psicógena. El déficit se limita a un grupo de vivencias de involucración emocional, permaneciendo el resto del material mnémico intacto, incluso aquellos fenómenos que se dieron al mismo tiempo.
- Total o mixta. No se recuerda en un periodo de tiempo todo el material mnémico, X por contusión (traumatismo severo), o después de un electrochoque. Fenómeno que afecta todo el cerebro. Alzheimer en etapas avanzadas,
- Secuencial. No recuerda el orden de los sucesos X lesión de lóbulo frontal.
- Dismnesia. Grado de afectación menor (**amnesia parcial**)

PARAMNESIAS

Son falsos reconocimientos como el **fenómeno de lo ya visto (déjà vu)** o vivido, que no recuerda cuando, por ello también puede pensar que soñó.

Normal en juventud temprana. Y es un síntoma de epilepsia del lóbulo temporal cuando es frecuente.

X drogas, fiebre, anestesia, alcohol, traumatismos, poca circulación cerebral (diabetes).

Fenómeno de flash-back, experimenta que se traslada al pasado.

Criptomnesia, sensación de que las ideas pasadas nos parecen inapropiadamente desconocidas.

La **memoria vivida** se distingue porque el pasado se experimenta con mucha claridad, cosa que generalmente no suceda bajo una condición emocional estable, pero no está presente en el sujeto la sensación de familiaridad.

En la **ecmnnesia** el pasado se experimenta como presente, de manera que el sujeto nunca termina de actualizar su vida.

En la **Pseudología fantástica** el sujeto falsea sus recuerdos con base en sus necesidades emocionales y afectivas y termina por creerlos parcial o totalmente.

La **amnesia de identidad** aparece después de una vivencia traumática, y el sujeto olvida quien ha sido él y crea una segunda personalidad. **Personalidad alternante**, y bajo determinadas circunstancias puede desencadenar una personalidad múltiple.

HIPERAMNESIA

Se incrementa la capacidad de la memoria respecto a ciertos acontecimientos; ello se presenta bajo hipnosis, fiebre, neurosis, manía, intoxicación por alucinógenos y aura por una apoplejía del lóbulo temporal; puede suceder además que los recuerdos se aglomeren tumultuosamente, apareciendo como presión incontrolable.

SINDROMES

Síndrome amnésico. Trastorno de la memoria a corto y largo plazo, y es de origen orgánico como infarto cerebral, traumatismo craneoencefálico, hipoxia, encefalitis por herpes simple, hipotiaminosis y alcohol y no se debe a un estado confusional o demencial.

El paciente no tiene conciencia del déficit mnémico, puede presentar apatía, fragilidad emocional, puede cronificarse como el síndrome de Korsakoff que no es tratado con vitaminas.

Delirium. Alteración provocada por múltiples causas, el individuo recuerda poco y tiene falsos reconocimientos, ya que durante esta etapa presenta alucinaciones e ideas delirantes, de manera que existe una desorganización de su material mnémico.

Confabulación o fabulación. El sujeto asocia los eventos vividos, leídos, vistos en películas o imaginados, y los acomoda desordenadamente con el objeto de responder sobre lo que hizo en días anteriores, al parecer como mecanismo compensatorio de una amnesia.

Síndrome de Korsakoff. **Alteración amnésica por alcohol**. Estado de conciencia aparentemente claro, para que momentos después se altere, entrando en confusión. Signos: trastornos en la memoria, como la amnesia de fijación o anterógrada, por lo que no reconoce a quienes lo visitan todos los días, además de tener las fabulaciones. Se presenta después de una encefalopatía de Wernicke.

DEMENCIA

Es una alteración progresiva, estática o en remisión, que afecta la memoria a corto y largo plazo. Hay pérdida de juicio, entre otras cosas funciones mentales.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS.

Amnesia psicógena. Es la incapacidad para recordar sin que exista un substrato orgánico, se inicia y termina bruscamente y se recuperación es total. Se presenta después de un desastre natural, guerra o circunstancia donde está presente una amenaza de lesión o muerte, y se ha dividido en 4 categorías:

- **Amnesia circumsrita**, cuando no recuerda el conjunto de sucesos durante las primeras horas del estrés postraumático.
- **Amnesia selectiva**, cuando se pueden recordar algunos eventos, pero no otros, a pesar de que sucedieron al mismo tiempo.
- **Amnesia generalizada**, cuando el sujeto no recuerda todo lo que sucedió en su vida.
- **Amnesia persistente o continua**, no recuerda de un tiempo a la fecha.

Fuga psicógena. El sujeto sale de su casa o trabajo de manera inesperada, en ocasiones perplejo y desorientado. Puede asumir una nueva identidad.

Personalidad múltiple. Coexisten dos o más personalidades o estados de personalidad en un mismo individuo, cada uno con su propia memoria, pero pueden compartir memorias; alguien de las personalidades puede tener la memoria de todas las demás, dándose a ésta el nombre de **huella de memoria**.

Otros trastornos disociativos. Síndrome de Ganser, algunos estados de personalidad asumen el control del individuo sin llegar a ser una personalidad múltiple, estados de trance, hipnosis, estados disociativos por una prolongada e intensa persuasión coercitiva, también llamado **lavado de cerebro**.

Reflejo de nuestras cogniciones

INFLUYEN:

- Medio
- Sexo (propios en cada sexo)
- Edad > expresión corporal varia
- Momento o situación
- Expresión verbal y no verbal

EXPRESIÓN DE LOS ESTADOS ANÍMICOS

- **Mímica facial** -> cara, parte del cuerpo que mayor información proporciona, son muchos músculos bien definidos
- **Expresión corporal** -> movimientos de todo el cuerpo que dan como resultado la actitud, apariencia, habitus exterior, postura, marcha, gestos o hábitos del sujeto, en la enfermedad o en la salud.

De estos no se hace Dx pero son elementos que se pueden ir integrando.

EMAPTÍA. Reciprocidad de afectos adecuados entre dos personas.

Causas de alteraciones:

- Daño estructural
- Daño neurológico

- Drogas
- Enfermedad psiquiátrica

Alteraciones producidas por daño estructural:

Son los signos de cambios anatomo–fisiológicos y por lo tanto no obedecen a estímulos anímicos.

Facies. Huella que deja una enfermedad corporal en el rostro como:

- **Seborreica**, acné.
- **Amímica** del parkinsonico
- **Atetoide** y **coréica** del que padece parálisis cerebral.
- Leonila de la lepra.
- Oriental del síndrome de Down.
- Agotada del miasténico
- Rostro prognato, mandíbula de abajo desproporcionada.

Motricidad general. Es la manifestación en conjunto de los movimientos de todo el cuerpo.

- **Atetosis**. Movimientos involuntarios de torcer las extremidades manos, pies y torso de manera irregular y son lentos, de apariencia extravagante. Puede abarcar también cara y cuello provocando muecas.
- **Mioclonías**. Contracciones bruscas y breves que abarcan una parte del músculo o músculos.
- **Distonía**. Contracciones musculares involuntarias, lentas, donde el paciente tuerce una parte del cuerpo (**distonía de torsión**) y son producto de una lesión cerebral, o como efecto colateral de drogas antipsicóticas, tanto en su administración aguda como en la llamada **distonía tardía** que es la complicación muy grave de esta farmacoterapia con el tratamiento crónico.
- **Disquinesia paroxística**. **Distonía de torsión medicamentosa**. Que es secundaria a medicamentos antipsicóticos, torsión debido al espasmo de diferentes grupos musculares, el cuello es el más afectado, luego muecas, disartria, dificultad para respirar, protrusión de la lengua y otros movimientos involuntarios. **Crisis oculógenas** son también disquinesia paroxística.
- **Acatisia**. Intranquilidad, angustia y desesperación torturante que crea una necesidad de moverse, caminar, incluso de correr. En ansiedad y tratamiento antipsicógeno.
- **Disquinesia tardía**. Hiperactividad e hipersensibilidad a la dopamina por denervación química. Movimientos orolingüofaciales que se semejan ala corea. Movimientos en la lengua casi imperceptibles, masticación, chupeteo, parpadeo forzado, arrugan frente y levantan cejas, puede haber protrusión y mordedura de lengua.
- **Aquinesia**. Falta de espontaneidad y apatía, esta quieto todo el tiempo. X esquizofrenia o lesión cerebral.
- **Incoordinación motora**. (termino ambiguo) es para denominar de manera muy general una incapacidad para ejecutar actividades que requieren precisión, como abotonarse o escribir.
- **Cataplexia y parálisis del sueño**. Trastornos del movimiento que se presentan en la narcolepsia.

APRAXIAS

Perdida en la capacidad de ejecución de las habilidades motoras, que son producto de una lesión de la corteza cerebral en las áreas de asociación, en particular del os lóbulos parietal y temporal.

- **Ideacional**. No puede seguir secuencias lógicas (doblar una carta, meterla al sobre, cerrarlo y pegarle la estampilla). X estados confusionales y demencias.
- **Ideomotora**. No puede llevar a cabo habilidades motoras (aisladas) que anteriormente si. (clavar un clavo, serruchar, peinarse, silbar. X lesión del hemisferio cerebral izquierdo.

- **Del vestir.** Incapacidad para ponerse ropa. X demencia y lesiones del lóbulo parietal derecho.
- **Callosa.** El conjunto de axones que comunican al cerebro están alterados, así que las instrucciones verbales que son mediadas por el hemisferio izquierdo no pueden cruzar por el cuerpo calloso, y no se ejecutan por el miembro del lado correspondiente.
- **Orolinguofacial.** Cuando involucra el lenguaje se llama afasia motora eferente. También se presenta como una incapacidad para ejecutar movimientos de esa región, actos como el silbar, soplar, inflar mejillas, escupir, sacar la lengua, entre otras. X lesión del lóbulo parietal anterior izquierdo.

•

CONDUCTAS EN LA ENFERMEDAD MENTAL

>> **Estados aquinéticos o hipoquinéticos.** = Poca o nula movilidad

Catatonía. Incluye catalepsia (flexibilidad cérea), negativismo, estupor, rigidez muscular, oposición a cambios de postura, almohada psicológica, congelación del movimiento, ecopraxia, ecolalia, y ecomimia. (Kreapeling, en 1927 los separó como esquizofrenia catatónica).

- **Catalepsia o flexibilidad cérea.** Un estado de rigidez muscular en la cual el cuerpo mantiene la posición que se le imprimió por mucho tiempo con voluntad mínima para cambiarla. X lesión cerebral por encefalitis, en esquizofrenia y bajo hipnosis.
- **Almohada psicológica.** Mantiene la cabeza por arriba de la cama como si tuviera almohada.
- **Inmovilidad apática.** Al mover sus miembros caen enseguida por su propio peso, apariencia de agotado.
- **Inhibición psicomotora.** Cantidad de movimientos mínima, lentitud psicomotora y expresión de depresión.
- **Posiciones estatuarias.** Inexpresivo, con escaso movimiento, no se ubica al azar.
- **Negativismo.** Actitud de rechazo hacia cualquier intervención externa y puede rehusarse o no a la comunicación.
- **Mutismo.** El paciente no se comunica, puede o no ser oposicionista. Es voluntario.

>> **Estados hiperquinéticos**

Hioperquinesia. locura del movimiento Por exceso de movimiento. El sujeto se mueve demasiado, pero sin manifestar ansiedad, coraje, agresividad o desesperanza. En adultos = **dromomanía**. X autismo, esquizofrenia.

Excitación psicomotora o raptus. Hiperquinesia de la expresión, el sujeto transmite coraje, ansiedad, risa, desesperanza o depresión, o sea que se manifiesta como la desorganización de la vida psíquica y como una actitud caótica e impulsiva.

Furor catatónico. Mezcla de agitación extrema con periodos de inmovilidad.

>> **Estados paraquinéticos**

- **Manierismos.** Movimientos exagerados, artificiales y estilizados de la mímica normal, que llegan a ser ridículos, el sujeto sobre actúa.(para llamar la atención)
- **Estereotipias.** Repeticiones rítmicas de la mímica normal, que por su frecuencia, duración e inutilidad manifiestan una patología.
- **Tics.** Movimientos o vocalizaciones involuntarias, repentinas, rápidas, recurrentes, arrítmicas, estereotipadas y al parecer sin propósito alguno.

– simples, parpadeo, movimientos del cuello, muecas faciales. Vocales (carraspéo, tos, olfatear, resoplar,

ladrar, gruñir).

– motores complejos, gestos faciales, conducta de arreglo personal, golpearse así mismo, saltar, tocar, pisotear **ecocinesis** o **ecomimia** (imitación de los movimientos de otra persona).

– Tics Vocales complejos, palabras o frases fuera de contexto, como la **coprolalia** (palabras obscenas)

– Tics Vocales complejos, palabras o frases fuera de contexto, como la **coprolalia** (palabras obscenas), palilalia o ecolalia. Aparecen bajo situaciones estresantes y se agravan bajo dicha condición emocional.

El síndrome de Gilles de la Tourette > Tics, coprolalia, ruidos y gruñidos.

Otras condiciones motoras psicopatológicas.

Simulación. Entra en trastornos somatomorfes. El individuo busca obtener un beneficio de su aparente dificultad para moverse. Se presenta en el **simulador** y en el **síndrome de Munchausen**.

Calambre del escribano. No puede realizar movimientos propios del a escritura, o algunas actividades motoras finas. En especial cuando lo observan. Sistema neuromotor sano, se considera una distonía focal asociada con un problema psíquico como la fobia de ejecución.

Histrionismo. Llamar la atención. En el trastorno conversivo hay gran cantidad de manifestaciones motoras que semejan trastornos neurológicos o físicos como parálisis, afonía, convulsiones, incoordinación motora, disquinesias., ceguera o anestesia. Existe un factor estresante, que a nivel inconsciente desencadena un síntoma o signo neurológico, pero hay indiferencia. Quiere evadir el factor o conflicto psíquico.

Impulsividad. Expresiones momentáneas corporales violentas, bruscas, y sin control que aparecen de repente, por una motivación consciente o inconsciente.

Síndrome del lóbulo frontal.

- Por exceso = **orbito-frontal**. Desinhibición, impulsividad, falta de tacto, distraibilidad, conducta burda y primitiva, moria (bromas fuera de lugar), emocionalmente labiles (cambiantes), puede presentar reflejos primitivos como prensión, que es la tendencia a asir todo lo que toque son sus manos, y el signo de Babioski, que es la extensión de los dedos de los pies al ser tocados. Hiperquinesia, hipersexualidad, pobre capacidad de juicio.
- Por deficiencia = **de la convexidad**. (síndrome amotivacional) Abúlicos (sin iniciativa), lentitud psicomotora, explosión emocional, perseverancia, rutinarios, gran indiferencia, poca planeación, distraídos, falta de concentración, no pueden seguir instrucciones, concretismo (simplista), síntomas negativos, apático. X lesión en el lóbulo frontal, en la parte superior, lateral y anterior dela corteza cerebral frontal. En esquizofrenia, por la pérdida de la conexión tálamofrontal.
- **Síndrome frontal medio**. Aquinesia, mutismo, amimia, carece de movimientos espontáneos y no responde a instrucciones. X lesión de la circunvolución anterior del cíngulo y regiones añadidas.
- Otros síntomas frontales. En Afasia de Broca, y las tres anteriores. Confabulaciones, falta de atención, disprosodia, depresión, hipomanía catatonía. Cuando la lesión incluye el cuerpo calloso existe una apraxia, anomia táctil y agrafia del a mano izquierda y síndrome de heminegligencia.

Conductas alimenticias patológicas.

- *Vegetarianismo o naturismo patológico*. Restricciones alimenticias extremas
- *Obesidad*. Trastorno de medicina general, aunque muchas circunstancias emocionales pueden provocarla o exacerbarla.

- *Hipervitaminosis*. Cuando consumen cantidades adicionales de estas sustancias que pueden resultar bajo ciertas circunstancias, peligrosas sobre todo de vitamina A y D.
- *Anorexia*. Caracterizada por la falta de apetito con baja de peso. Se considera sólo un síntoma de depresión angustia o catatonía.

• **Anorexia nerviosa**. Es una patología o trastorno de la alimentación en el que se presenta:

- falta de apetito (baja ingesta auto-infringida)
- baja de peso
- 98% son mujeres
- jóvenes adolescentes
- afecto o trastorno de la percepción corporal (se ven gordas).
- amenorrea (por la falta de grasa, la cual es necesaria para la secreción de hormonas sexuales)
- uso de anfetaminas o cocaína (anorexigénicos)
- es más fuerte su fobia, inseguridad e inmadurez que su hambre, pues si la tienen.
- No comen
- Utilizan laxantes y diuréticos.
- Exceso de ejercicio.

Alteraciones subsecuentes:

- + desnutrición
- + avitaminosis

• **Bulimia (nerviosa)**. Se atragantan, comen compulsivamente y luego se provocan vómitos por la culpa.

Características:

- 98% mujeres
- NO quiere engordar
- ejercicio excesivo
- conducta compulsiva hacia la comida
- peso más o menos estable.

Alteraciones subsecuentes:

- + úlceras esofágicas

+ dientes quemados

→ Depresión

→ Fobias > Anorexia

→ TOC Bulimia

TRATAMIENTO:

> Antidepresivos + psicoterapia (ensimática)

- *Regurgitación*. Regreso o expulsión de lo tragado. Por lo general x alteración en el área de gastroenterología.
- *Rumiación*. (mericismo) El sujeto regurgita una cantidad de alimento sin náusea o desagrado alguno, vuelve a masticar, provocándole placer. Puede tragarlo o escupirlo. Se presenta en trastornos severos como retardo mental.
- *Pica*. Comer cosas no nutritivas y que pueden provocar trastornos. Carbón, plásticos, cabello, tela, gis, vinagre, ladrillo, pintura, larvas (geofagia), puede conducir también al estreñimiento o a la oclusión intestinal por marañas de pelo u otros tejidos.
 - ◆ omnifagia (comerse lo que encuentra)
 - ◆ coprifagia (comer excremento)

X lesión cerebral o demencia, en donde se pierde el juicio para valorar lo que se ingiere. Niños con retardo mental y en embarazadas.

Puede ser aprendido de padres o hermanos.

- *Monofagia*. Sujeto ingiere por su propio deseo, con riesgo para su salud y bienestar físico una sustancia en especial, como demasiada agua, huelo, jugo de limón, vinagre, vegetales, agua con sal, entre otras.

Los trastornos de somatización parte de los trastornos de Ansiedad.

Se dividen en cuanto a su expresión en:

- Expresiones localizadas
- Expresiones generalizadas

LOCALIZADOS

Trastornos somatomorfos

Son inconscientes e involuntarios pensamientos de que existe alguna alteración orgánico-somática, pero no hay hallazgos anatómo-fisiológicos propios; más bien parecen tener un vínculo con los conflictos mentales, consciente o inconscientes.

- Hipocondríasis. Creencia injustificada, exagerada y agobiante de que padece una enfermedad grave, con una interpretación poco realista de sus signos y síntomas, sin llegar a ser idea delirante. Todo síntoma = a una enfermedad GRAVE.

- Trastorno de somatización. Existe una gran preocupación por diversos síntomas y no tanto por el significado de lo que pueda causar una gran enfermedad. Funciones fisiológicas las interpreta como síntomas de enfermedad. Siente en forma menos difusa los síntomas. Elaboran historias largas como si fueran síntomas de mucha evolución o mucho tiempo.
- Trastorno dismórfico. También **dismorfofobia**, o **sobrevaloración de defectos**. El sujeto tiene demasiada preocupación por un defecto físico imaginario o real. Sobre valora con mucha objetividad, sobre todo en las partes más visibles del cuerpo. Si llegan a ser intervenido quirúrgicamente, nunca llegan a sentirse bien, (el problema es por inseguridad, en general). Se puede convertir en idea delirante.
- Trastorno conversivo. Antes **histeria conversiva**. Los síntomas sugieren una pérdida o alteración involuntaria de una función orgánica, sin que los hallazgos fisiopatológicos concuerden con los síntomas y parecen ser la expresión de un CONFLICTO o necesidad psíquica.
- Situación estresante → CONFLICTO > síntomas **pseudoneurológicos** que surgen para:

- Ganancia primaria = evitar el conflicto
- Ganancia secundaria = ayuda de los demás.

Síntomas pseudoneurológicos:

- Parálisis
- Afonías
- Crisis convulsivas
- Aquinesia
- Astasia (incoordinación motora con la incapacidad de estar de pie)
- Abasia (imposibilidad de estar de pie y andar)
- Ceguera, visión en túnel
- Globus histericus (no puede deglutir)
- Pseudociesis (embarazo psicológico).

>>**Belle Indifférence**. Poca importancia que le da el sujeto a su síntoma aparentemente grave.

GENERALIZADOS

Enfermedades Psicósomáticas.

En enfermedad médica se presenta un estado de ansiedad o de depresión dependiendo del conocimiento o desconocimiento que se tenga. Puede

Enfermedad real o médica + Psicopatología = percepción de síntomas de la (ansiedad/ depresión) enfermedad más intensos

- Síntomas físicos
- Convulsiones
- Pseudoconvulsiones
- Hemiplegia
- Crisis asmáticas
- SITUACIÓN CONVERSIVA

Simulación de la misma enfermedad por el conflicto aprenden las ganancias./ inconscientes y no voluntarios.

Se presenta sobre todo en enfermedades orgánicas como diabetes, hipertensión arterial, infecciones virales y bacterianas.

Estrés

Síndrome general de adaptación.

Estímulos físicos y mentales *estresores* > respuesta del organismo SGA.

Es la forma en que respondemos a la amenaza externa o interna en términos de **lucha o huida**. Rompiendo con la homeostasis.

Gran descarga de **adrenalina** y **endorfinas** las cuales disminuyen el dolor.

El costo que un país asume por las enfermedades depresivas es en mayor proporción por costos indirectos (3 billones de libras), y 420 millones en costos directos.

Manifestaciones: estado de ánimo Pensamiento Cambios físicos, Historia clínica

Trastornos en la afectividad:

Unipolar, puede ser de tipo maniaco o de tipo depresivo.

Bipolar, en este se da manía y depresión sin importar el orden de aparición.

La escala de Hamilton es una herramienta que en 25 preguntas nos ayuda a diagnosticar el grado de depresión, el cual puede ser severo, moderado o leve.

Causas o factores Que pueden favorecer la depresión.

-

.Neurobiológicos. baja de Serotonina, baja de noradrenalina, herencia, hipotiroidismo, posparto, menopausia, lupus hereditario (piel y nervios).

.

.

.

.

El caso 7.1

Mujer de 50 años 4 meses, cansancio

3 meses, insomnio Ansiedad

Anhedonia

llorando

Sentimientos de culpa Intento de suicidio

Baja auto estima

Expresión facial y corporal de tristeza Sentimientos de culpa

Ansiedad

El 75 % de los cuadros psicóticos tienen insomnio (psicosis, manía, psicosis por intoxicación, cocaína, etc)

la depresión es más profunda en intensidad que la tristeza.

Diagnóstico: depresión mayor o severa,

Hay principalmente 3 tipos de depresión según su intensidad:

1. Mayor o severa

2. Moderada

3. leve

independientemente de la causa

Autismo

- Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por dificultades significativas en las interacciones sociales la comunicación, y por patrones de conducta, de interés y de actividades limitados.

Descripción clínica

En el DSM IV, se expresan 3 características principales del autismo:

- Problemas en las interacciones sociales
 - ◆ No desarrollan el tipo de relaciones sociales esperadas para su edad.
 - ◆ Parece no disfrutar relaciones significativas.
- Las dificultades de comunicación y conducta
 - ◆ Cerca de un 50% no consigue una destreza del lenguaje
 - ◆ Presentan ecolalia
 - ◆ Son incapaces o no desean sostener conversaciones con los otros.
- Interés y actividades limitados.
 - ◆ Mantenimiento de uniformidad
 - ◆ Juego repetitivo
 - ◆ Conductas estereotipadas.

Jim 27 años:

- Procesamiento sensorial confuso
- 23 años permitió que la gente lo tocara.

Estadísticas

Tasa de incidencia: 2 por cada 10 000 habitantes.

Diferencia de género

Existe una característica sobre la diferencia del género, parece que cuando el individuo tiene CI < 35, se afectan más niñas. Y cuando hay un CI > 35 afecta más a los niños.

Aparición de síntomas:

- **La mayoría de las personas con autismo desarrollan los síntomas asociados antes de los 36 meses de edad**
- 3 de cada 4 personas con autismo padecen retardo mental.

CI menos de 50: Retardo mental grave a profundo.

CI de 50–70: retraso de ligero a moderado.

CI mayor de 70: capacidades de limítrofe a promedio.

Las pruebas de CI se emplean para determinar el pronóstico y del como se desempeñarán.

Causas

Son pocos los que atribuyen el autismo al ambiente o a los factores psíquicos ya que las deficiencias del lenguaje y sociales, son por lo visto, ocasionadas por factores biológicos.

Influencias genéticas.

Las familias con un niño autista, tiene de 3 a 5% de tener otro niño con el trastorno.

Susan Folstein y Michael Rutter

Estudiaron 11 personas (autistas) que tenían gemelos idénticos y 10 con gemelos fraternos.

Descubrieron un 36% de concordancia en los gemelos monocigotos: 4 de 11 parejas tenían autismo y en comparación con los dicigotos que ninguna pareja concordaba.

Se descubrió que si uno de los gemelos monocigotos tenía autismo, el otro presentaba autismo o algún otro problema cognoscitivo o del desarrollo.

Influencias Neurobiológicas:

Del 35 al 75 % de los autistas presentan alguna anormalidad neurológica.

Los autistas presentan anormalidades en el cerebelo, este es más reducido.

Tratamiento

No hay un tratamiento eficaz

- *Enfoque conductual*
 - comunicación
 - socialización

- habilidades de vida
- *Enfoque de la instrucción escolarizada.*
- *Beneficios temporales de la medicación.*

Existen otros 3 tipos de trastornos generalizados del desarrollo:

TRASTORNO DE ASPERGER	TRASTORNO DE RETT	TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL
Socialización deteriorada y comportamientos restringidos/ desacomodados, pero sin retardo en el lenguaje • Pocos deterioros cognoscitivos (puntuación CI) • Tal vez autismo moderado, no un trastorno separado	Trastorno neurológico progresivo después de un desarrollo normal temprano aparente • Principalmente afecta a niñas • Retardo mental • Habilidades motoras deterioradas • Retorcimiento constante de las manos	Retroceso grave después de los dos a cuatro años de desarrollo normal • Afecta el lenguaje, comportamiento adaptativo y las habilidades motoras • Evidencia de origen neurológico

Historia clínica Psiquiátrica

- Maestro, solo le comento que la película esta muy buena (independientemente de que la vimos casi a la fuerza), también que parte de la información la complementé con artículo que me mando Claudio y que talvez que le lleve o le llevó, pero solo tomé algunos detalles, como los nombres y lo de su matrimonio. Por cierto si quiere le puede puchar en los títulos de aquí abajo para ir a al tema o ir bajando normalmente.

Una mente Brillante

- Historia psiquiátrica
- Estado mental
- Estudios complementarios de diagnóstico
- Resumen de los hallazgos
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamientos

1. Historia Psiquiátrica:

Identificación:

- nombre: John Nash
- edad: 40 aproximadamente
- sexo: masculino
- Estado civil: casado
- Grado de escolaridad: **doctorado**
- ocupación: profesor en el Massachusetts Institute of Technology, RAND Corporation
- nacionalidad: Estadounidense

- idiomas: Ingles
- raza: blanca
- religión:
- Personas con quien vive: Con su esposa Alicia Larde y con su hijo
- Información: directa

Síntomas principales:

- Motivos de consulta: (Las) alucinaciones visuales **y auditivas** (los siguen a donde va) y comienza a creer que es un espía y dedica parte de su tiempo a descifrar códigos en revistas.

Identificación personal:

- Descripción del aspecto del paciente y su conducta: Se nota (algo) descuidado en su aspecto personal, también se nota (algo) ansioso por las alucinaciones visuales.

Historia de la enfermedad actual:

- Forma de inicio: **insidiosa**
- Descripción cronológica y desarrollo de los síntomas, así como de los cambios conductuales hasta llegar a la consulta: Desde que estaba estudiando su doctorado, El Sr. Nash había presentado alucinaciones visuales, tenía un amigo imaginario Charles. Su conducta en ese entonces era muy introvertida, fuera de lo común, intentaba descubrir teorías sobre las relaciones sociales y sobre el amor. También trataba de relacionar los movimiento de jugadores de football, palomas y de sus compañeros que veía desde la ventana de su cuarto. Al trabajar en RAND, empezó a tener alucinaciones e ideas delirantes de grandeza (se creía un espía del pentágono) **y de persecución**. Al estar casado, sus síntomas empeoraron y comenzó a tener (alucinaciones) **ideas delirantes** de persecución. Fue llevado a tratamiento a la fuerza y recibió terapia, mejoró y sigue con su esposa; no trabaja.

El paciente presenta alucinaciones visuales y auditivas, ideas delirantes de grandeza. Primero comienza a descubrir códigos en una revista, después reaparece Charles su amigo imaginario de cuarto, con su sobrina y El Jefe de los Espías el cual lo amenaza de seguir trabajando y comienza a dedicarle mucho tiempo a descifrar los códigos que solo él puede descubrir. El no poder ayudar en su casa y la desesperación de no satisfacer a su esposa sexualmente debido al tratamiento, fueron las causas del abandono del tratamiento y de la reaparición de los síntomas. Antes de abandonar el tratamiento, era pasivo y ayudaba un poco a los quehaceres de la casa, cuidaba a su hijo. Hacia bromas a sus ex compañeros de trabajo de la RAND y trataba de resolver problemas matemáticos en sus tiempos libres, los cuales no podía resolver. Parecía preocupado por el hecho de no trabajar. Con el tratamiento previo parecía haberse recuperado parcialmente.

Enfermedades Previas:

- Trastornos emocionales y mentales: a) diagnósticos: Esquizofrenia Paranoide b) grado de incapacidad: dejó el trabajo y la docencia. c) tipo de tratamientos, Farmacológico y electro shock d) nombres de hospitales, Fue hospitalizado y tratado por el Psiquiatra Rosen e) resultado de los tratamientos, los síntomas **remitieron parcialmente**. f) tiempo y número de internamientos. Fue internado por 50 días.
- Trastornos psicosomáticos: se desconocen.
- Condiciones médicas: se desconocen.
- Enfermedades neurológicas: se desconocen.

Historia Personal:

- Historia Prenatal: se desconoce.

- Infancia: se desconoce.
- Síntomas de problemas conductuales: se desconoce.
- Perfil de personalidad del niño: Se desconoce.
- Infancia:
- historia escolar: se desconoce
- Historia Psicosexual: se desconoce.
- Religión: se desconoce.
- Adulto: Debido al tratamiento presenta falta de apetito sexual, esto al parecer lo estresaba mucho, junto con hecho de no poder trabajar. En su hogar, se comportaba de forma pasiva, ayudando un poco en la casa. Algunos compañeros lo visitaban y mantenía buenas relaciones con ellos.

Historia Familiar: Siempre se ha considerado un lobo solitario, pero se casó en 1957 con Alicia Larde, quien sería su segunda esposa y con quien **tuvo** un hijo. Aun vive con ellos, pero debido a su enfermedad su hijo vive con los padre de su esposa.

Situación Social Actual: Vive en un vecindario tranquilo de clase media y sin problemas con los vecinos. Mantiene relaciones sociales con su esposa, quien lo apoya a afrontar su enfermedad.

Inicio

2. Estado Mental:

Es la suma de las observaciones e impresiones que se derivan de las entrevistas iniciales.

- Descripción general: Masculino de aproximadamente 40 años, de aspecto desalineado en su vestido, cabello castaño claro y corto.
- Estado emocional: Esta ansioso por las ideas delirantes y preocupado por el daño que pueda causar a su familia. La expresión emocional es adecuada al contenido del pensamiento, a la cultura y al lugar de la entrevista.
- Trastornos perceptivos:
- Alucinaciones visuales, dice poder ver a Charles a su sobrina y al jefe de los espías, quien no lo deja en paz y lo obliga a trabajar descifrando claves en las revistas. Platica con ello, aunque sabe que no son reales. Les pide que lo dejen en paz y trata de sacarlos de su mente.
- Agnosias. Se desconocen
- Trastornos del pensamiento: ***aquí entran las ideas delirantes y están separadas de las alucinaciones visuales y auditivas***
- Flujo del pensamiento: se desconocen
- Continuidad del pensamiento: contesta adecuadamente a las preguntas.
- Lenguaje: coherente y congruente
- Contenido del pensamiento: Ideas delirantes de grandeza ***y de persecución.***
- Afasias: se desconocen.
- Acalculia: se desconoce
- Orientación: ***no tiene alteraciones***
- Memoria: no tiene alteraciones
- Mecanismo que ha establecido el paciente para enfrentar las alteraciones en la memoria: se desconocen ***negación de la enfermedad, x eso deja el tratamiento***
- **Control de Impulsos:** Poca capacidad
- Juicio:
- Juicio social: descuida a su hijo y le trae problemas con su esposa.
- Prueba de Juicio: que haría en situaciones específicas preguntas por el examinador: se desconoce
- **Introspección o Insight:** Conciente y acepta que esta enfermo y que hay la posibilidad de cambiar y mejorar.

- **Realidad:** El paciente describe correctamente su realidad y sus posibilidades de mejoría.
- Inteligencia:
- Aparentemente normal
- Sueño: Aparentemente normal

Inicio

3. Estudios Complementarios de Diagnóstico:

- Examen físico. No se realizaron
- Entrevistas adicionales. No se realizaron
- Entrevistas con familiares, amigos, y vecinos por trabajador social. No se realizaron
- Pruebas Psicológicas por Psicólogos. No se realizaron
- Pruebas de Gabinete y Laboratorio: No se realizaron

Inicio

4. Resumen de los hallazgos:

Masculino de aproximadamente 40 años, anteriormente diagnosticado con esquizofrenia Paranoide, dejó el tratamiento por problemas sexuales. Vuelve a presentar los síntomas (alucinaciones visuales e ideas delirantes de grandeza), conciente de su situación decide reiniciar el tratamiento. Mantiene el apoyo de su pareja.

Inicio

5. Diagnóstico:

- Eje I: Esquizofrenia Paranoide (295.30) *si durante la historia clínica no describiste las ideas delirantes paranoides ¿cómo estableces este dx?*
- Eje II: No presentó
- Eje III: No presentó
- Eje IV: Problemas laborales,
- Eje V: 60 – 51

Inicio

8. Pronóstico: Si el paciente es constante con su tratamiento y sigue teniendo el apoyo de su esposa, podrá llevar una mejor calidad de vida.

7. Tratamientos: Tratamiento psiquiátrico, junto con terapia de grupo, personal y familiar.

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Detectar los motivos por los cuales un paciente, un familiar, u otra persona, solicita los servicios del Psiquiatra.

Se requiere tener una Historia Médica y Psiquiátrica Completa, para poder establecer los Diagnósticos, Pronóstico y Metodología de Tratamiento

Se toman en cuenta los aspectos actuales así como la posible presencia de otras psicopatologías; la forman en que han sido estudiadas y tratadas estas patologías y la evolución que han tenido.

LO PRIMERO QUE SE TIENE QUE HACER ES **RECABAR** LA INFORMACIÓN HASTA TENER TODOS LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PUEDAN ESTABLECER SÍNDROMES Y/O ENFERMEDADES. EN ESTE PASO NO SE HACEN INTERPRETACIONES. LO MAS IMPORTANTE ES RECABAR TODA LA INFORMACIÓN PARA DESPUÉS PODER ESTRUCTURARLA Y QUE TENGA UN SENTIDO NOSOLÓGICO (POR SÍNDROMES).

Primero se escucharán los motivos de consulta, quejas, síntomas, etc., y el entrevistador deberá ir conduciendo la entrevista de tal forma de obtener la información más adecuada y no perderse en detalles innecesarios o sin trascendencia. Se debe establecer claramente cuales son los síntomas que motivan la consulta, detallar las características de cada uno de ellos (Ej. : insomnio, desde cuando, si es inicial, intermedio o tardío, diario u ocasional, etc.) y conformar un síndrome. También debe precisarse si el inicio de los síntomas fue agudo o insidioso; si esta relacionado con algún factor desencadenante; el tiempo de evolución; si es el primer cuadro o ha tenido otros más. Si después de cada cuadro hay recuperación *ad integrum* o quedan secuelas.

Al hacer el reporte debe seguirse el orden de la historia clínica, e ir llenando toda la información. El entrevistador debe ser lo suficientemente flexible para no ser rígido al seguir el orden ni tan flexible que se pierda. En ocasiones los informantes van dando datos antes de preguntarlos y podrán irse anotando para después corroborarlos. No hay que dar por hecho nada, sino deberá preguntarse o confirmarse.

Después de haber establecido los diagnósticos por Ejes, se deberá hacer un comentario acerca de la opinión que se tiene y en que datos se basó para establecer los diagnósticos, pronóstico y tratamiento.

Todos los diagnósticos deben estar basados en la información obtenida y no caer en especulaciones, divagaciones o suposiciones.

HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

1. Historia Psiquiátrica:

- **Identificación:** a) nombre, b) edad, c) sexo, d) estado civil, e) grado de escolaridad, f) ocupación, g) nacionalidad, h) idiomas, i) raza, j) religión, k) personas con quien vive, l) Información: directa y/o indirecta.
- **Síntomas principales:** los motivos por los cuales el paciente acude a consulta, (utilizando las palabras del paciente), o los motivos de los familiares o del personal que lo acompaña a consulta.
- **Identificación personal:** descripción breve del aspecto del paciente y su conducta.
- **Historia de la enfermedad actual:** a) Forma de inicio (aguda vs. insidiosa. b) Descripción cronológica y desarrollo de los síntomas, así como de los cambios conductuales hasta llegar a la consulta. c) Circunstancias vitales relacionadas o desencadenantes. d) Personalidad premórbida. Describir cómo la enfermedad le ha afectado a su vida, en sus actividades y en las relaciones personales. Cambios de la personalidad. Intereses, afecto, actitudes hacia otros, vestimenta, hábitos, nivel de tensión, irritabilidad, actividad, atención, concentración, memoria, lenguaje. Relación entre síntomas físicos y psíquicos. Confrontación ante las crisis. e) Evolución de los síntomas con recuperación parcial o total.
- **Enfermedades Previas:**
 - **Trastornos emocionales y mentales:** a) diagnósticos, b) grado de incapacidad, c) tipo de tratamientos, d) nombres de hospitales, e) resultado de los tratamientos, f) tiempo y número de internamientos.
 - **Trastornos psicosomáticos:** fiebre, artritis reumatoide, colitis ulcerativa, asma, hipertiroidismo, trastornos gastrointestinales, resfriados recurrentes, enf. de la piel.
 - **Condiciones médicas:** a) registrar todas las enfermedades, b) cirugías, c) alergias, d) traumatismos, e) alcohol y drogas, f) medicamentos de uso actual.

- Enfermedades neurológicas: traumatismo craneal, convulsiones, tumores, etc.
- **Historia Personal**: Historia de la vida del paciente desde el nacimiento hasta el presente. Respuestas emocionales en estos periodos (dolor, angustia, etc.)
 - Historia Prenatal: a) duración y enfermedades en el embarazo; b) tipo de parto y complicaciones; c) llanto y respiración espontáneo; peso al nacer d) anomalías.
 - Infancia: a) alimentación al seno materno, y hábitos de alimentación. b) Desarrollo psicomotor (registrar los meses en que se empezó a gatear, caminar, hablar, control de esfínteres), c) Relaciones sociales con otros niños.
 - Síntomas de problemas conductuales: chuparse el pulgar, tics, irritabilidad extrema, terrores nocturnos, miedos, masturbación, onicofagia, etc.
 - Perfil de personalidad del niño: a) tímido, inquieto, hiperactivo, introvertido, extrovertido, agresivo, sociable; b) relaciones con compañeros y hermanos.
 - Infancia: a) historia escolar, b) relaciones con maestros y compañeros, c) actividades extraescolares, d) identificación de género. Se divide en etapas escolares hasta llegar a la adolescencia. Identificar conductas adaptativas y de aprendizaje, diversiones, habilidades personales, así como trastornos del aprendizaje, adaptación, relaciones sociales y de pares. Inicio de tabaquismo, alcoholismo, fármaco dependencia, problemas de peso, sentimientos de inferioridad, conductas antisociales.
 - Historia Psicosexual: curiosidad temprana, masturbación, juegos sexuales, conocimientos acerca de la sexualidad, fuentes de información, actitudes de los padres; las vivencias ante los cambios en la pubertad y adolescencia. Experiencias sexuales, parafilias, promiscuidad.
 - Religión: las creencias religiosas y su impacto en la persona y la familia.
 - Adulto: a) Historia laboral que incluye los tipos de trabajo, el nivel desarrollado, los cambios de trabajo y las relaciones con compañeros y jefes. b) Actividades sociales: amistades, grupos sociales, tipos de actividades en grupo y en género. c) Sexualidad: relaciones prematrimoniales, historia marital, noviazgos, matrimonios, divorcios, separaciones, hijos. d) Síntomas sexuales: anorgasmia, impotencia, eyaculación precoz, etc. e) Actitudes hacia el embarazo y el cuidado de los hijos, métodos anticonceptivos. f) Prácticas sexuales y sus sentimientos hacia ellas.
- **Historia Familiar**: la información debe ser obtenida del paciente y de otra persona. Cómo estaba estructurada la familia original, las modificaciones con el tiempo, las intervenciones de otros familiares directos y políticos; historia de las enfermedades mentales en la familia.
- **Situación Social Actual**: donde vive el paciente, vecinos, privacidad o promiscuidad, ingresos económicos.
- **Estado Mental**: es la suma de las observaciones e impresiones que se derivan de las entrevistas iniciales.
- **Descripción general**:
 - Apariencia: fascies, postura, vestimenta, corte y color del pelo y uñas. Saludable, enfermo, enojado, triste, ansioso, identidad de género.
 - Conducta motora y comportamiento: manierismos, tics, gestos, estereotipias, ágil, lento, agitado, retraído, rígido, combativo, agresivo. Apraxias.
 - Lenguaje: rápido, lento, muy acelerado, tartamudez, mutismo, monótono, vocabulario, espontaneidad.
 - Actitud hacia el examinador: cooperador, atento, indiferente, interesado, seductivo, a la defensiva, agresivo, juguetón, evasivo.
 - a) Alerta, b) estado confusional: obnubilación, estupor.
- **Estado emocional**: a) Afecto: cómo se siente, intensidad, duración y fluctuaciones del afecto (deprimido, irritable, ansioso, eufórico, enojado, etc). b) Expresión emocional: cómo el evaluador valora el estado emocional (deprimido, restringido, aplanado, expansivo, ansioso) y el tiempo y graduación en que mantiene el estado emocional. c) Adecuación afectiva: la expresión emocional es adecuada al contenido del pensamiento, a la cultura y al lugar de la entrevista.
- **Trastornos perceptivos**: a) Alucinaciones, pseudo alucinaciones e ilusiones (descripción de cada una de

ellas). b) Agnosias.

- **Trastornos del pensamiento:** a) Flujo del pensamiento: productividad, cantidad de ideas. b) Continuidad del pensamiento: contesta adecuadamente a las preguntas, asociación de ideas, pensamiento tangencial, evasivo, perseverativo, bloqueos o distracciones, bradipsiquia, taquipsiquia, ecolalia, mutismo. c) Lenguaje: neologismos, asociación por sonidos, incoherente e incongruente. d) Contenido del pensamiento: preocupaciones, obsesiones, fobias, compulsiones, ideas delirantes (somáticas, afectivas, paranoides, etc.), robo del pensamiento, transmisión del pensamiento. e) Afasias. g) Acalculia.
- **Orientación:** a) Tiempo, b) Lugar, c) Persona, d) Situación.
- **Memoria:** a) Remota, b) Reciente, c) Inmediata o a corto plazo. Mecanismo que ha establecido el paciente para enfrentar las alteraciones en la memoria.
- **Control de Impulsos:** capacidad para controlar sus impulsos.
- **Juicio:** a) Juicio social: como su conducta afecta a la sociedad. b) Prueba de Juicio: que haría en situaciones específicas preguntas por el examinador.
- **Instrospección o Insight:** la capacidad de darse cuenta que esta enfermo. a) Niega estar enfermo, b) Ambivalente ante su situación, c) Conciente pero lo atribuye a otros, o a factores orgánicos, d) Conciente pero lo atribuye a algo desconocido en él, e) Conciente y acepta que esta enfermo y que hay la posibilidad de cambiar y mejorar.
- **Realidad:** evaluación por el examinador quien describe si el paciente esta describiendo adecuadamente su situación.
- **Inteligencia:** a) Normalidad a Retraso Mental (tratar de establecer el grado de coeficiente intelectual). b) Demencia.
- **Sueño:** a) patrón normal, b) Disomnias, c) Parasomnias.
- **Estudios Complementarios de Diagnóstico:**
- **Examen físico.**
- **Entrevistas adicionales**
- **Entrevistas con familiares, amigos, y vecinos por trabajador social.**
- **Pruebas Psicológicas por Psicólogos.**
- **Pruebas de Gabinete y Laboratorio:** EEG, TAC, RMN, PET, etc.
- **Resumen de los hallazgos:** se hace un breve resumen de los hallazgos obtenidos en los incisos anteriores.
- **Diagnóstico:**
- **Eje I:** Síndromes Clínicos
- **Eje II:** Trastornos de la Personalidad y Trastornos Específicos del Desarrollo
- **Eje III:** Enfermedades Médicas
- **Eje IV:** Estrésores Psicosociales relacionados con la enfermedad, graduándose del 1 (sin estrés) al 8 (catastrófico).
- **Eje V:** refiere el mejor grado de funcionamiento durante el último año; graduándose del 1 (funcionamiento muy adecuado) hasta 7 (muy mal funcionamiento).
- **Pronóstico:**

7. Tratamientos:

HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

1. Historia Psiquiátrica:

- **Identificación:** a) nombre: Jake Heke, b) edad: entre 35–40 años, c) sexo: masculino, d) estado civil: casado, e) grado de escolaridad: alfabetizado, f) ocupación: ninguna, g) nacionalidad: neozelandés, h) idiomas: inglés, i) raza: negra, j) religión: ninguna, k) personas con quien vive: esposa, 1 hijas y 3 hijos, l) Información: indirecta.
- **Síntomas principales:** acude a consulta por que su conducta se ha ido volviendo más agresiva, violenta, perdiendo el control en la ingestión de bebidas alcohólicas, causándole problemas familiares, laborales y sociales.

- **Identificación personal:** se trata de un adulto joven, sin trabajo, que pertenece a un medio socioeconómico bajo, con problemática crónica, la cual se agudizó con el suicidio de la hija de 13 años, y el abandono de la esposa y los hijos.
- **Historia de la enfermedad actual:** El trastorno se inicia en forma insidiosa con la ingestión de pocas cantidades de bebidas alcohólicas. Conforme pasa el tiempo va dedicándole más tiempo a la ingestión de alcohol, aumentando la cantidad y los días de consumo de alcohol, con lo cual tiene intoxicaciones alcohólicas frecuentes, peleas con la esposa a quien golpea y abusa sexualmente, conflictos con los hijos a quienes no les da los apoyos emocionales y económicos necesarios, así como conflictos sociales manifestados como peleas en bares, y la pérdida del trabajo. También se observa que cuando se toma una cerveza no puede controlar la cantidad y continúa bebiendo hasta embriagarse; toma alcohol al día siguiente de una intoxicación aguda; las cantidades de alcohol van en aumento, y no le importa las consecuencias que esta conducta tenga para sí, para su familia y para su sociedad. Además la ingestión de alcohol incrementa las actitudes agresivas, que son físicas y verbales, e indiscriminadas. Obtiene dinero tanto del seguro de desempleo como de las apuestas en el hipódromo. No tiene conciencia de su enfermedad y culpa a los demás de sus problemas. Desconocemos la presencia o ausencia de circunstancias vitales relacionadas o desencadenantes de su trastornos. Desconocemos la personalidad premórbida. La ingestión de alcohol se ha vuelto una prioridad en su vida, en sus actividades y en las relaciones personales, y a pesar de todos los conflictos y problemas que le trae continúa bebiendo. Esto ha ocasionado cambios de la personalidad ya que la irritabilidad, desinterés por su familia y los conflictos sociales van en aumento. Muestra poco interés por sus hijos a quienes ve como seres débiles que necesitan sufrir para hacerse hombres y le molestaba que la hija mayor de 13 años quisiera aprender a leer y escribir. Es evidente que existe una clara relación entre síntomas físicos y psíquicos que son ocasionados por la ingestión sin control de bebidas alcohólicas. Confronta las crisis desplazando los problemas hacia los demás, y negando que él tenga problemas, es inflexible y utiliza las amenazas y la fuerza física para obtener lo que desea. Ha ido evolucionando con más síntomas, complicándose su situación personal, familiar y social.

- **Enfermedades Previas:**

- Trastornos emocionales y mentales: se desconocen.
- Trastornos psicosomáticos: se desconocen.
- Condiciones médicas: aun cuando fuma constantemente no puedo establecer el patrón de consumo, tiempo de evolución y consecuencias.
- Enfermedades neurológicas: se desconocen.

- **Historia Personal:**

- Historia Prenatal: se desconoce.
- Infancia: se desconoce.
- Síntomas de problemas conductuales: se desconocen.
- Perfil de personalidad del niño: se desconocen.
- Infancia: se desconocen.
- Historia Psicosexual: se desconocen.
- Religión: no tiene religión y tiene conflictos con las creencias religiosas de la esposa.
- Adulto: a) Historia laboral: sabemos que se encuentra desempleado y que los trabajos que ha tenido han sido de bajo nivel y poco ingresos. b) Actividades sociales: giran alrededor de la ingestión de alcohol con sus amigos en los bares, o en grupo en su casa, a pesar de las protestas de la esposa. c) Sexualidad: se desconocen. d) Síntomas sexuales: se desconocen. e) Actitudes hacia el embarazo y el cuidado de los hijos: se muestra distante hacia los hijos al grado que al hijo mayor lo rechazó desde bebé por que lloró y los hombres no deben hacerlo, no muestra interés hacia las actividades de los hijos, intereses y problemas que tienen. Cuando al hijo segundo lo llevan al tutelar expresa: necesita una vida dura para hacerse hombre; el hijo mayor se involucra con unos pandilleros y cuando se entera se aparta del conflicto. La hija mayor fue violada por una amigo o tío Beth, lo que se manifiesta en cambios de conducta que el padre no comprende ni demuestra interés en saberlo, hasta

que la hija se suicida colgándose de un árbol. f) Prácticas sexuales observamos que abusa sexualmente de su esposa después de haberla agredido física y verbalmente, situación que se ha dado en varias ocasiones.

- **Historia Familiar:** Jake comenta que viene de una familia de esclavos negros y que siendo joven conoce a su esposa, quien pertenece a los maroies, grupo racial muy diferente a él; deciden casarse a pesar de la oposición de la familia de ella, y muestra resentimiento hacia su esposa ya que ella se sentía la princesa. Se muestra ambivalente ya que por un lado fue un triunfo el llevarse a la princesa, pero hay resentimientos y rechazos por que ella siempre se ha sentido superior. Esta ambivalencia fácilmente hace que tengan discusiones y agresiones verbales y físicas.
- **Situación Social Actual:** viven en una zona de familias de bajos ingresos económicos, con bajo nivel educativo, con poca privacidad, rodeados de pandillas, y poca seguridad pública.
- **Estado Mental:** es la suma de las observaciones e impresiones que se derivan de las entrevistas iniciales.
- **Descripción general:**
 - Apariencia: se trata de un hombre de edad aparente mayor a la cronológica, fuerte, de raza negra, con tatuajes, con vestimenta adecuada a su situación social aunque con poco arreglo personal, con fascies de enojo e irritación, poco cooperador y constantemente tenso, con adecuada identidad de género
 - Conducta motora y comportamiento: no observo conductas motoras anormales aunque su postura es rígida, tensa, combativa. Apraxia: no se detectaron.
 - Lenguaje: es adecuado a su edad y situación social, limitado en cuanto expresiones y vocabulario, y utiliza altisonantes palabras continuamente (coprolálico).
 - Actitud hacia el examinador: se muestra poco cooperador y desinteresado..
 - En estado de alerta
- **Estado emocional:** a) Afecto: es una persona que fácilmente se irrita, y enoja, pero no obtuve mayor información. b) Expresión emocional: se muestra irritado, triste, enojado, sin saber con claridad el origen de sus sentimientos manteniendo el mismo estado de ánimo a través de la entrevista c) Adecuación afectiva: la expresión emocional es adecuada al contenido del pensamiento, a la cultura y al lugar de la entrevista.
- **Trastornos perceptivos:** No encontré alteraciones perceptivas
- **Trastornos del pensamiento:** a) Flujo del pensamiento: es adecuado y sin anormalidades. b) Continuidad del pensamiento: contesta adecuadamente a las preguntas, y asocia las ideas adecuadamente, más sin embargo los mecanismo de defensa que utiliza lo limitan a entender la profundidad y gravedad de sus problemas. c) Lenguaje: es coherente y congruente, limitado por el grado de escolaridad y medio social. d) Contenido del pensamiento: compulsión por la ingestión de bebidas alcohólicas. e) Afasias: no se detectaron. g) Acalculia: no se detectaron.
- **Orientación:** Se encuentra ubicado en tiempo, lugar, persona, situación.
- **Memoria:** No detecté alteraciones en la memoria.
- **Control de Impulsos:** tiene una pobre capacidad para controlar sus impulsos ya que cuando se frustra fácilmente explota, grita, agrede, aun cuando no haya bebido alcohol y se agrava con la ingestión del mismo.
- **Juicio:** a) Juicio social esta distorsionado por que no acepta que esta afectando a su familia y a la sociedad con su conducta. b) Prueba de Juicio: es adecuada.
- **Introspección o Insight:** la capacidad de darse cuenta que esta enfermo. a) Niega estar enfermo, puesto que no reconoce que su forma de beber le este causando problemas y culpa a los demás de sus problemas.
- **Realidad:** el paciente no describe adecuadamente su situación personal por que se encuentra distorsionada por la ingestión crónica de alcohol y por su perfil de personalidad
- **Inteligencia:** a) probablemente normal.
- **Sueño:** se desconoce.
- **Estudios Complementarios de Diagnóstico:**
- **Examen físico.** No se le realizó.
- **Entrevistas adicionales** No se le realizaron

- **Entrevistas con familiares, amigos, y vecinos por trabajador social.** No se realizaron
- **Pruebas Psicológicas por Psicólogos.** No se realizaron.
- **Pruebas de Gabinete y Laboratorio:** No se realizaron.
- **Resumen de los hallazgos:** Se trata de masculino, de 35 años aproximadamente, de raza negra, casado, con cinco hijos, desempleado, de nivel socioeconómico bajo, alfabetizado, con trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas, ingestión que ha ido en aumento, tomando en forma compulsiva, aumentando la cantidad y el tiempo que dedica a beber, con intoxicaciones alcohólicas frecuentes y toma de alcohol al día siguiente de una intoxicación aguda. Ha ido desarrollando tolerancia puesto que cada vez toma más para obtener los mismo efectos. Relaciona todas sus actividades familiares y sociales alrededor del alcohol, causándole conflictos familiares severos al grado de llegar a la separación matrimonial. Cuando toma se vuelve muy agresivo, ha golpeado y abusado sexualmente de la esposa, peleas en bares, desinterés por los hijos, obtiene dinero a través de apostar. A pesar de toda la problemática que le ocasiona la ingestión de alcohol persiste en esta conducta. Además existe problemática de pareja que tiene su origen desde el inicio del matrimonio puesto que tiene origen de raza y cultura muy diferentes, ocasionando divergencias y ambivalencias que generan más conflictos. La dinámica familiar tiene muchos conflictos y los hijos requieren de tratamiento ya que uno de ellos esta en un grupo pandillero, y el otro esta en un centro de rehabilitación para adolescentes por delincuencia, y han llegado a una crisis familiar severa por el suicidio por ahorcamiento de la hija de 13 años debido a que fue violada en su hogar por una amigo del padre, en una fiesta.
- **Diagnóstico:**
- **Eje I:** Síndrome de Dependencia al Alcohol
- **Eje II:** Probable Trastorno de la Personalidad Agresiva
- **Eje III:** Tabaquismo
- **Eje IV:** Estresores Psicosociales: 8 (catastrófico).
- **Eje V:** Grado de funcionamiento durante el último año: 7 (muy mal funcionamiento).
- **Pronóstico:** El pronóstico dependerá del grado de conciencia que adquiera de padecer dependencia al alcohol, que sea capaz de entrar a un programa contra esta adicción, así como recibir psicoterapia en la cual se resuelvan los conflictos de personalidad.
- **Tratamientos:** Psicoterapia Individual Emotivo-Racional; Grupo de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos. Psicoterapia Familiar.

Trastornos generalizados del desarrollo

Criterios para el diagnóstico del F84.0 Trastorno autista (299.00)

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
- (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- (d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

- (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
- (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Trastorno de personalidad por evitación Grupo C

- **Sensibilidad a las opiniones**
- **Baja autoestima**
- **Dependiente**

Theodore Millon (1981)

hay que distinguir entre los individuos:

Sociales

(T. P. Esquizoide)

A sociales

(T. P. Evitación)

Causas:

Millon (1981)

Nacen con temperamento o personalidad difícil y como consecuencia, sus padres los rechazan o no les dan el amor suficiente. Esto resulta baja autoestima y una alineación social en la edad adulta.

Criterios para el diagnóstico F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las

críticas, la desaprobación o el rechazo.

2. es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.

3. demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.

4. está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.

5. está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.

6. se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.

7. es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

1. Historia Psiquiátrica:

- **Identificación:**

- Nombre: Sam
- Edad: aproximadamente 45
- Sexo: masculino
- estado civil: soltero
- grado de escolaridad: se desconoce
- ocupación: Mesero
- nacionalidad: Estadounidense
- idiomas: ingles
- raza: blanca
- religión: se desconoce
- personas con quien vive: solo
- Información: indirecta.

- **Síntomas principales:**

- motivos de consulta: Evaluación para la Corte

- **Identificación personal:**

Masculino de aproximadamente 45 años, blanco, cabellos castaño y ojos azules, viste bien y se ve aseado. Su conducta es infantil, tiene problemas motores y su leguaje es poco articulado.

- **Historia de la enfermedad actual:**

- Forma de inicio: congénito
- Descripción cronológica y desarrollo de los síntomas, así como de los cambios conductuales hasta llegar a la consulta.
- Circunstancias vitales relacionadas o desencadenantes.
- Personalidad premórbida.
- Evolución de los síntomas con recuperación parcial o total.

- **Enfermedades Previas:**

- **Trastornos emocionales y mentales:** se desconoce

- Trastornos psicosomáticos: Se desconoce
- Condiciones médicas: se desconocen
- Enfermedades neurológicas: se desconocen
- **Historia Personal:**

Historia Prenatal: se desconoce

- Infancia: se desconoce
- Síntomas de problemas conductuales:

Se desconoce

- Perfil de personalidad del niño: Se desconoce
- Infancia: Su padre lo abandonó cuando era pequeño y su madre murió; fue mandado a una casa hogar donde solo comenta recibía buenos tratos de algunas personas, pero en ocasiones era golpeado por otras.
- Historia Psicosexual: Se desconocen
- Religión: se desconoce
- Adulto: Trabaja en una cafetería limpiando y ordenando las mesas y tomando las ordenes de café. Tiene una hija, la cual está en custodia, que crió con la ayuda de su vecina. La madre los abandonó y no se sabe de ella. Sam cuenta con un grupo de compañeros con capacidades similares a las suyas.
- **Historia Familiar**: Vivía junto con su hija, pero esta ahora está en tutela bajo el estado.
- **Situación Social Actual**: Sam cuenta con ingresos económicos muy bajos, viven en un departamento con las comodidades básicas, vive en un vecindario tranquilo. Él siempre se ha sentido apoyado por su grupo de compañeros y por su vecina, con la que tiene una relación de amistad muy estrecha. Su comportamiento lo limita para relacionarse.

2. Estado Mental:

- **Descripción general:**

Tiene dificultades motoras, faciales, al caminar y en las extremidades motoras. Tiene aproximadamente 45 años, es blanco de cabello corto y castaño. Tiene una postura poco encorvada y tiende a mantener los brazos pegados a su pecho. Conducta motora y comportamiento: Sus movimientos motores no son finos, su caminar es un poco tambaleante y tiende a mover su cabeza hacia atrás. Sus manos de notan torpez en su movimiento. Lenguaje: es lento y tarda en contestar las preguntas, su tono es infantil y no pronuncia bien algunas palabras, su vocabulario es reducido ya que desconoce algunas palabras. Parece no obedecer algunas reglas sociales y tiene un comportamiento desinhibido. Y no responde bien bajo presión.

- **Estado emocional:**

- Afecto: se siente ansioso por no saber lo que pasará con su hija y triste por no verla
- Expresión emocional: es adecuada
- Adecuación afectiva: la expresión emocional es adecuada al contenido del pensamiento, a la cultura y al lugar de la entrevista.

- **Trastornos perceptivos:**

- Alucinaciones, pseudo alucinaciones e ilusiones: se desconocen

- **Trastornos del pensamiento:**

- Flujo del pensamiento: es lento y sus ideas son muy concretas
- Continuidad del pensamiento: contesta adecuadamente algunas preguntas y en otras no logra asociar las ideas; algunas respuestas las asocia con canciones o integrantes de los Beatles

- Lenguaje: neologismos, coherente y congruente
- Contenido del pensamiento: preocupación por su hija
- **Orientación:** se desconoce
- **Memoria:** se desconoce
- **Control de Impulsos:** poca capacidad para controlar impulsos
- **Juicio:** se desconoce
- **Introspección o Insight:** Conciente y acepta que esta enfermo
- **Realidad:** se desconoce
- **Inteligencia:**
- Normalidad a Retraso Mental: CI de 50 –55
- **Sueño:** se desconoce

3. Estudios Complementarios de Diagnóstico:

- **Examen físico.**
- **Entrevistas adicionales**
- **Entrevistas con familiares, amigos, y vecinos por trabajador social.**
- **Pruebas Psicológicas por Psicólogos.**
- **Pruebas de Gabinete y Laboratorio:** EEG, TAC, RMN, PET, etc.

4. Resumen de los hallazgos:

Masculino de 45 años, con problemas del lenguaje, motores

5. Diagnóstico:

- **Eje I:** no presentó
- **Eje II:** Retraso mental leve
- **Eje III:** no presentó
- **Eje IV:** problemas legales y familiares
- **Eje V:** de 70 a 71

8. Pronóstico: Por su edad talvez sea que el aprender actividades nuevas le cuesten trabajo pero si en consistenjte en sus terapias y además es apoyado por sus compañeron podra mejorar algunas conductas.

*7. Tratamientos: **Enfoque conductual***

- ◆ Apático
- ◆ Sosos en lo afectivo
- ◆ Desinterés por relaciones interpersonales.
 - ◇ Interpersonalmente ansiosos
 - ◇ Temen al rechazo