

① 10/15 7

Cabe destacar a Gonzalo Bosch quien siendo director del *Hospicio de las Mercedes* (hoy Hospital José T.Borda) incorpora a Enrique Pichon Rivière, el que promociona las primeras experiencias del psicoanálisis en el mundo hospitalario argentino. Problemas políticos y sindicales ponen fin a esta labor en 1949.

A partir de entonces, la Psiquiatría y el Psicoanálisis comienzan a sufrir un distanciamiento que se agudizará en las décadas siguientes y actualmente.

CAPÍTULO IV

SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

— La palabra "semiología" proviene del griego *sêmeion* (signo) y *logos* (tratado). En la antigüedad se usaba el vocablo "semiótica" para designar la parte de la medicina que se ocupa de interpretar los signos de las enfermedades y que abarca tanto la diagnosis como la prognosis, es decir, tanto el diagnóstico como el pronóstico. Posteriormente, ese término se generalizó y actualmente se entiende por semiótica a la ciencia que estudia los sistemas de signos: sea que se trate de lenguajes, de códigos, de señalizaciones o de síntomas. Nos dedicaremos en particular a la *semiología que ofrece la clínica psiquiátrica*: a la descripción y al análisis de los síntomas de y de los signos de las enfermedades mentales, basándonos en el *Tratado de Psiquiatría* de Henry Ey¹ y en *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual*² de Carlos Pereyra. Luego trabajaremos la nosografía.

Tal como se vio en el capítulo dedicado a la constitución del saber psiquiátrico, los grandes clásicos—los fundadores de escuelas—fueron avanzando sobre el análisis minucioso de los síntomas y fueron agrupando estos síntomas en "síndromes", entendiendo por *síndrome un conjunto de síntomas*. Por

1. Edit. Toray-Masson.

2. Edit. Salerno.

ejemplo, de Clérambault creó "el Síndrome del Automatismo Mental". Este síndrome reúne una variedad de fenómenos alucinatorios, de sensaciones e imágenes que se le imponen a la conciencia del enfermo, en los que predomina el "parasitismo mecánico".

En el análisis semiológico importa tener presente la caracterización de los signos y de los síntomas para el diagnóstico. Para presumir un diagnóstico —porque en realidad todo diagnóstico es presuntivo, es una hipótesis— se toma en cuenta el conjunto de síntomas y de signos que sirven para determinar el carácter de una enfermedad. Para el pronóstico, se trata de esbozar un juicio acerca de la importancia de la duración y de la forma de terminación del cuadro de la enfermedad mental. Por ejemplo, puede haber una confusión mental que corresponda a un cuadro tóxico, resultado de la incorporación de una cantidad importante de psicofármacos pero también se puede presentar un cuadro de confusión mental a posteriori de un shock emocional violento. Entonces, para hacer el diagnóstico es importante indagar cómo aparece esa fenomenología que se nos presenta cuando nos acercamos a un paciente puesto que son distintos la terapéutica y el modo de actuar frente a una persona en la que suponemos que el cuadro proviene de una intoxicación, que frente a otra en quien presumimos que el cuadro es consecutivo a un shock emocional. Es muy importante, por lo tanto, que la fenomenología, la descripción que se va realizando de los síntomas y de los signos, se vaya hilvanando con otros datos como para producir, así, una presunción diagnóstica, la cual siempre implica un diagnóstico diferencial, esto es, diferenciar cuadros. Esto nos permite una primera orientación respecto a la estrategia terapéutica.

-Carlos Pereyra define la semiología planteando que ésta consiste en la valorización de los síntomas, es una fenomenología que pretende comprender el proceso desde sus raíces en la personalidad, diferenciando lo universal de lo particular, lo genérico de lo individual.

-Henry Ey considera que la semiología es la notación precisa de los signos y de los síntomas que componen los cuadros clínicos de las enfermedades mentales, y que permiten su diagnóstico y su pronóstico.

El diagnóstico no se da de una vez y para siempre, debe ser revisado, pues quizás varía en el curso del contacto que tenemos con un paciente. Por eso se habla de "proceso diagnóstico".

Entre los instrumentos que nos permiten formular un diagnóstico encontramos:

-Entrevistas libres.

-Anamnesis (la redacción de la historia clínica).

-La descripción clínica del estado mental del paciente y de sus síntomas. Abordaje clínico para el cual es indispensable tener una formación básica.

-El diagnóstico diferencial (implica tomar una decisión terapéutica).

-El Pronóstico.

Para dar cuenta del estado mental de un paciente partimos de la *sintomatología* general, es decir, de los síntomas y signos, sean transmitidos por el paciente u objetivados por el terapeuta. Así evolucionamos hacia la *nosología*: sobre aquello que sabemos de la enfermedad mental. La recapitulación de esta información y el cotejo de los datos que nos ofrece el paciente nos permiten pensar en una *nosografía*, es decir, en la ubicación en un cuadro. En general, se evoluciona desde la *sintomatología* del paciente, remitida a nuestros conocimientos nosológicos. A partir de la caracterización o la recuperación de esos conocimientos, presumimos la compatibilidad entre los signos y síntomas que presenta un paciente con la caracterización de un determinado cuadro.

Henry Ey, en el *Tratado de Psiquiatría*, dedica un capítulo al estudio de la descripción y análisis de los síntomas, y propone un análisis que comporta tres planos semiológicos:

1. La semiología del comportamiento y de las conductas sociales.
 2. La semiología de la actividad psíquica basal actual
 3. La semiología del sistema permanente de la personalidad.
- Intentamos haciendo caracterizaciones sucesivas hasta llegar a un desarrollo más complejo de estos planos.

1. *La semiología del comportamiento y de las conductas sociales*: se limita a describir la sintomatología que presenta el paciente sin entrar en la estructura profunda de los trastornos. Se trata de una semiología de la urgencia que comprende el estudio cuidadoso de los siguientes ítems:

- Presentación del paciente.
- Las reacciones que tiene al examen y al contacto con el entrevistador.
- El comportamiento cotidiano.
- La presencia o no de reacciones antisociales.

2. *La semiología de la actividad psíquica basal actual*: realiza una especie de corte transversal, del aquí y ahora, de la experiencia morbosa. Trata de

dar cuenta de la organización de la vida psíquica actual, que corresponde a la vivencia vivida en el presente. Se refiere al campo de conciencia en cada instante de la existencia. Esta semiología está constituida por el estudio de un conjunto de fenómenos psíquicos:

- Conciencia
- Atención
- Memoria
- Pensamiento
- Lenguaje y Juicio
- Sentimientos/Afectividad
- Imaginación
- Percepción
- Actividad motriz
- Inteligencia

Desarrollaremos en cada una de estas funciones cuáles son las perturbaciones más frecuentes y características a las que hay que atender.

Se trata de hacer un análisis más profundo del estado psíquico del paciente. Este análisis dejará de lado transitoriamente las alteraciones permanentes de la personalidad, que es de lo que se ocupa el tercer plano semiológico.

3. *La semiología de la estructura permanente de la personalidad:* en el primer plano (semiología del comportamiento y las conductas sociales) encontramos la descripción más superficial; en el segundo plano (semiología de la actividad psíquica basal actual) tenemos un corte transversal de la experiencia vivida en el presente y la posibilidad del análisis de las distintas funciones; y en el tercer plano (semiología de la estructura permanente de la personalidad) se produce una especie de corte longitudinal, que dará cuenta del modo de organización permanente de la personalidad. En general, el plano dos contrasta con el plano tres. En un corte longitudinal se puede poner en evidencia si se trata de un cuadro de alienación crónica (lo que Henry Ey llama el "yo psicótico"), un modo de organización permanente de la personalidad, si se trata del modo persistente de existencia de conflictos neuróticos (es decir de un "yo neurótico") o si se trata de la patología del sistema racional de la personalidad (el "yo demencial").

Los grandes problemas del diagnóstico y pronóstico psiquiátrico, exigen estas perspectivas. Por ejemplo, si nosotros estamos frente a un

paciente que padece una crisis de angustia, esta crisis ¿corresponde a un cuadro de "neurosis de angustia" o es un episodio en una alteración esquizofrénica de la personalidad? La semiología basal actual nos permitirá estudiar esa perturbación en el plano emocional, la presencia de angustia.

El diagnóstico es la resultante de poner en relación la semiología de la actividad psíquica basal actual (corte transversal), con el estudio del sistema dinámico de la organización permanente del Yo (corte longitudinal): ¿se trata de un paciente que está estructurado de un modo psicótico y nos encontramos con una crisis en el período de comienzo, o se trata de una persona estructurada de un modo neurótico que presenta los síntomas de una neurosis actual? Se necesitan dos elementos para llegar a un diagnóstico: el estado en que se encuentra el paciente en el momento del examen y el conocimiento de los antecedentes del enfermo. Esta información se toma de las fuentes que el entrevistador tiene a su alcance: paciente y/o acompañantes. Debemos averiguar los antecedentes hereditarios, familiares, personales, ambientales y los de la enfermedad actual. Los métodos de exploración del enfermo pueden acompañarse, cuando es necesario, de pruebas complementarias clínicas, neurológicas y de laboratorio.

La experiencia clínica permite al profesional entrenado recoger rápidamente una serie de observaciones e impresiones significativas. En breves minutos de una entrevista, se puede hacer una descripción bastante precisa del modo en que se presenta el paciente.

A los fines didácticos, hacemos una separación en una diversidad de ítems que en la práctica real se dan simultáneamente.

En *La semiología del comportamiento y de las conductas sociales* se observa sucesiva y minuciosamente el tipo físico, la mímica, la disposición afectiva y la mirada, el porte, el lenguaje y la relación que se establece con el entrevistador. El semblante expresa las disposiciones afectivas de la persona, así como la mirada.

Las facies trasuntan su vida psíquica. Un sujeto puede estar congestionado, tenso, con mímica variable o la cabeza inclinada hacia delante, la mirada fija en el piso con preocupación y ensimismamiento, con arrugas en el entrecejo que indican profunda tristeza. Otros pacientes demuestran un absoluto desinterés por lo que los rodea, sus facies son impasibles, sin color afectivo. Otros presentan signos físicos de intoxicación: piel

sudorosa, tonalidad ocre, ojeras, ojos hundidos, mirada extraviada con embotamiento u obnubilación de las funciones psíquicas.

Entre los síntomas que tienen un valor semiológico muy importante encontramos:

Hipermímica: cuando el semblante está desencajado, muestra excitación y hay una exageración de la mímica (esta exageración es característica de los cuadros de excitación y dentro de los cuadros de excitación que se pueden deber a distintas causas, están los cuadros de excitación gesticulación y la mímica sobreactuada pueden rápidamente observarse cuando se está frente al paciente).

Pueden presentarse pacientes justamente con otra característica: una enorme pobreza de la mímica, lo que se conoce con el nombre de *Amimia* (ausencia de mímica). Esto corresponde muchas veces al semblante del melancólico, a la cara insulsa del paciente confuso o del demente. También pueden presentarse expresiones paradójicas de la mímica, contradictorias: esto se conoce con el nombre de *Paramimia*, una mímica discordante, bastante frecuente en los cuadros esquizofrénicos.

Pueden aparecer movimientos anormales de la musculatura bucofacial, por ejemplo: *tics*, *muecas*, *temblores* (es importante diferenciar o reconocer alguno de ellos porque pueden responder a cuadros orgánicos). Hay pacientes que presentan temblores porque están mal medicados por ejemplo, o porque están en una crisis de agitación y excitación, o bien porque poseen un cuadro orgánico: una epilepsia, por ejemplo.

Es importante también observar el *porte del paciente*: cómo está vestido, su aseo personal, su peinado, lo que hace a su coquetería. El aspecto del resto del cuerpo corrobora en ocasiones las facies. Esto puede estar alterado en el sentido del desorden, propio de estados confusionales, demenciales y esquizofrénicos. Se pueden encontrar pacientes con un refinamiento amanerado, con una excesiva puntilliosidad (típico de personas perseverantes, obsesivas, rígidas) o puede encontrarse una persona de indumentaria excéntrica (propio de los cuadros de manía o de megalomanía). Muchos pacientes, entonces, presentan descuido en su indumentaria y en su aseo personal, otros un atildamiento excesivo o extravagancia extrema respecto de los colores o de los adornos que exhiben. Se saca provecho de las peculiaridades del porte, ya que éste proporciona elementos de juicio para una orientación diagnóstica.

Este recorrido es una presentación de la semiología en general útil a los fines de estudiar luego cada uno de los cuadros. La presencia de hipermimia, por ejemplo, junto a una vestimenta extravagante y a una excitación en el tono de voz, nos ofrece elementos orientadores como para pensar en un cuadro maniaco. Para construir una hipótesis diagnóstica se puede establecer cierta concordancia entre el porte, la mímica y el modo en que la persona se manifiesta.

Estamos exigidos a tomar una decisión en breve tiempo. Esto ocurre en las emergencias, que pueden presentarse tanto en las guardias institucionales como en un consultorio privado. Es necesario tomar decisiones rápidamente en cuanto a la asistencia de la persona que consulta y a las recomendaciones que se les deban dar a la familia cuando es necesario, para lo cual es indispensable el entrenamiento personal para todos aquellos que deseen trabajar con pacientes. Es muy importante la resolución, la medida que se toma en una consulta en un tiempo muy breve.

Otro de los elementos básicos es el *lenguaje*. En el primer contacto con el paciente, se observa su manera de hablar, su voz y su conversación. La *logorrea* muestra la presencia de un flujo rápido e incoercible de las palabras propio de los cuadros maniacos. Pueden aparecer gritos y vociferaciones posibles de presentarse en cuadros de agitación y que están acompañados con el empobrecimiento y el desorden general de la actividad psíquica; *mutitaciones* (palabras proferidas en voz baja que no alcanzan a escucharse); *monólogos* o *cierros diálogos alucinatorios e impulsivos verbales*. Es importante también dilucidar si hay trastornos fonéticos, es decir, en la pronunciación de las palabras, en la *sinaxis* y en la *semántica*, en cómo se componen las frases y en el contenido.

Podemos, entonces, caracterizar rápidamente al paciente: si está ordenado, triste, deprimido o agitado; si hay posibilidad de contacto (esto no es posible si el paciente está muy ausente o si su expresión es muy vacía). Por ejemplo, cuando se presentan pacientes estuporosos que están en una especie de inercia y de vacío emocional, es muy difícil o casi imposible establecer un contacto. Interesa constatar si el sujeto está *orientado en tiempo y espacio*, si tiene la capacidad de reconocer los lugares y el orden cronológico: fechas, calendarios, horas; si está *orientado alopsíquicamente*, es decir, si puede identificar a los otros; si tiene *orientación autopsíquica*: es decir si se identifica a sí mismo. En los

estados confusionales y en los estados demenciales estos trastornos son particularmente notables.

En los casos en que se puede establecer un contacto: ¿cuál es el tipo de contacto que el paciente establece con quien lo entrevista? ¿De confianza, de cooperación, de oposición, de negativismo o de indiferencia? A veces el paciente no tiene el menor interés en establecer contacto (y no porque esté estuporoso). A veces hay un umbral tan elevado de acceso a los estímulos que es imposible el contacto: el paciente manifiesta absoluta indiferencia para relacionarse con el entrevistador.

Así como encontramos pacientes *logorréicos* que tienen una exageración en sus modos de expresión y en su lenguaje, también podemos encontrarlos con *mutismo*: el sujeto no habla. El mutismo puede deberse a distintas causas: a una inhibición neurótica, a ausencia, o bien a un momento de introversión, propio de cuadros esquizofrénicos.

Es interesante recoger no solamente la información que el paciente puede brindar sobre sí de su biografía sino también la información que es ofrecida por aquellos que acompañan al paciente: familiares, amigos, vecinos que nos ayudan a evaluar el *comportamiento en la vida cotidiana*. Los *cuidados corporales* en cuanto a la limpieza y a la disciplina esfinteriana con frecuencia están perturbados en los trastornos mentales. Es importante diferenciar si se trata o no de un trastorno neurológico. En otras palabras, se deben tener en cuenta los cuidados corporales, los modos en que se desenvuelven la *actividad fisiológica del dormir* y la *actividad onírica*. Es fundamental diferenciar la función hipnica —el estado de dormir— (es frecuente en los pacientes con trastornos mentales una perturbación la función hipnica) del producto que pueden ser el sueño o las pesadillas.

Entre las perturbaciones más usuales encontramos: el *insomnio*, la *somnolencia*, *estados de letargia*. Asimismo es importante la *actividad onírica*: si hay *ensueños*, *pesadillas* o filtración onírica de experiencia vital, como también cuáles son las conductas que tiene esta persona con relación al dormitorio: *claustromanía* o *clinofilia* (algunos enfermos se encierran en su dormitorio o pasan todo el día en la cama. Estos son los lugares privilegiados de la vida secreta).

Se intentará, con todo el tacto y la comprensión descabales, conocer la *vida sexual del paciente*: masturbación, impotencia, eyaculación precoz, frigidez y presencia o no de perturbaciones sexuales perversas. Los trastornos del comportamiento sexual no se limitan a la conducta erótica, por el

contrario, puede haber presencia de fenómenos de donjuanismismo o de incesto, impotencia o rechazo de las relaciones amorosas, o búsqueda renovada de las conquistas, como así también sublimaciones de la conducta amorosa y/o agresiva.

Las *conductas alimentarias* son comportamientos rápidamente alterables, pues son muy sensibles a la presencia de enfermedad mental. Es útil, entonces, el estudio de las conductas de alimentación: puede haber rechazo de la alimentación (como en los cuadros de melancolía o en las llamadas "anorexias"); caprichos alimentarios e ideas delirantes: personas que rechazan el alimento porque tienen la idea de que los van a envenenar. También existe la insaciabilidad alimentaria, como en el caso de las bulimias, tanto en el comer como en el beber: un desenfreno en la comida y en la bebida.

Otro rendimiento a tener en cuenta reside en la *caracterización de la vida familiar*: cuál es la relación del paciente con el grupo familiar (si existe): dependencia, oposición, celos, hostilidad, odio, actitudes conflictivas con sus padres y/o hermanos.

Finalmente, interesa la *actividad profesional y laboral*: cómo son sus conductas en el orden profesional y laboral, ya que la adaptación a las condiciones de trabajo es uno de los comportamientos más precozmente afectados en los inicios de la enfermedad. Importa constatar el rendimiento profesional o laboral pues muchas veces el comienzo de cuadros graves viene acompañado de una disminución en el rendimiento laboral, irregularidades, cambios de trabajo con mucha frecuencia, ausencia, la sensación de sentirse impotentemente angustiados frente a las obligaciones que le imprime la tarea. Muchas veces, la familia comienza a ver esto como vagancia (no se trata de vagancia sino de perturbaciones que están anunciando la instalación de un desorden que puede ser grave). También el paciente puede presentar pereza, apatía o indolencia pero no por vagancia. Muchas veces, lo que comúnmente la familia llama vago nos remite a un chico que ya se encuentra instalado en un cuadro depresivo grave. Pasa mucho tiempo en la cama, no tiene intereses, duerme mucho, no queda conectado a ninguna actividad. La familia decide que es un vago y lo trata como tal, pero la mayoría de los casos con este tipo de fenómenos muestra el comienzo o la instalación de una patología grave.

Ciertos trastornos del comportamiento se presentan como *conductas antisociales* lo cual puede introducir a veces cuestiones médico-legales. Estos actos pueden presentar la siguiente semiología: *impulsiones suicidas*

(pueden ser inconscientes), como el resultado de un delirio o de una obsesión (el suicidio es la reacción más frecuente de la patología mental, sobre todo en las crisis de melancolía), homicidios (*impulsiones homicidas* y confusos, obsesiones), robo (resultante de un automatismo comicial o de una impulsión violenta), *cleptomanía* (abusos de confianza y estafas), *piromanía* (intentos de incendio).

Conductas de *vagabundeo*, de *fuga*, de *deambulación* son frecuentes, sobre todo en los casos de pacientes graves o sometidos a una conflictiva familiar insuperable. Puede ocurrir que un paciente, en un momento de brote, se tome un micro en Retiro y vaya a parar a Córdoba. No es una acción voluntaria y direccional, sino que se subió al primer ómnibus que encontró y luego ya no se sabe a dónde fue. Otros caminan cuerdas y cuerdas sin rumbo, y aparecen perdidos en algún lugar de la ciudad. Esto no solamente pasa con adultos, también pasa con niños, que salen de la casa y desaparecen, *deambulan sin rumbo preciso* y a veces los encuentran alguna institución o algún vecino y los restituyen a sus familias.

Todas estas caracterizaciones hacen a este primer eje semiológico: el que corresponde a la semiología del comportamiento y las conductas sociales. Es un eje que resalta la descripción primera y superficial del modo en que se hace presente un paciente. Esta primera impresión tiene que empezar a compararse con los otros dos ejes semiológicos que da Henry Ey. El *segundo plano* es importante: consiste en el estudio de la "actividad psíquica basal actual" en un corte transversal, es decir, en el estudio del aquí y ahora de las funciones psíquicas. Se examinan el estado de conciencia, la atención, la memoria, pensamiento-lenguaje-juicio, sentimiento, imaginación, percepción, actividad motriz e inteligencia.

Caracterizaremos cada una de estas funciones.

Conciencia

Podemos definir la conciencia libremente: es, sobre todo, lo que se refiere a la función del conocer. Antiguamente se la identificaba con la palabra "álma".

Los fenómenos de conciencia son, antes que nada, el conocimiento que se ejerce sobre el mundo y sobre la propia persona. Es decir, la cuestión del conocer es lo que permite diferenciar la conciencia como actividad. Cuando la conciencia se halla alterada en un sentido global los primeros datos que se le imponen al observador son la *torpeza* o la *imposibilidad de orientarse en tiempo y espacio*, la *elevación del umbral* de excitación para los estímulos externos, la dificultad en la captación de los estímulos y la mayor o menor adecuación en las respuestas y actos.

Se acostumbra hacer una distinción clásica en la psiquiatría clínica entre paciente lúcidos y no lúcidos. La *lucidez* se refiere a la claridad y a la nitidez de la conciencia. En general se suele encontrar en los manuales de psiquiatría, que la conciencia se representa como un campo virtual con un centro iluminado por un foco, *el foco* nos remite a la nitidez de la conciencia, todo lo que hace a las distintas gradaciones de la luz, hasta llegar a la oscuridad. Es lo que nos permite representar *el campo* de la conciencia, es decir, aquellas cuestiones que son accesibles a la persona para ser conocidas. Luego, tenemos un límite entre aquello asequible al conocimiento y lo inconsciente. Entonces: el foco es lo nítido, el campo es lo asequible al conocimiento y *el umbral* es lo que diferencia y permite la demarcación entre conciencia e inconsciente.

Las perturbaciones de la conciencia varían en intensidad y en grados. La mayor perturbación es el *coma*, la abolición; luego tenemos *estados de confusión*, *estados crepusculares*, *embotamiento*, *obnubilación*, *ensueño* y *somnolencia*.

Estas palabras, *embotamiento* y *obnubilación*, guardan gran interés. En el lenguaje coloquial, "embotar" quiere decir "engrosar el filo de un objeto cortante" y, como la conciencia se define por su nitidez, cuando está embotada decimos que está engrosada en su nitidez. La "obnubilación" se refiere a "la visión de los objetos a través de las nubes", una especie de oscurecimiento. Entonces, los trastornos pasan por una *cuestión de grados*, desde el menor, que sería una especie de *somnolencia*, hasta un estado de abolición de conciencia profunda: el *coma*.

Entre los trastornos globales de conciencia más importantes están:

-La *confusión mental*: supone siempre opacidad y turbidez del foco y del campo de conciencia. Aquí también hay gradaciones ya que puede tratarse de una ligera obnubilación por fatiga; por ejemplo, cuando uno está muy atontado ésta es una ligera obnubilación sin consecuencias, es

frecuente, es normal; o puede tratarse de la incapacidad absoluta, como ocurre en un *coma*, pasando por estado *de estupor*. La persona en estado de confusión siempre se halla con un entorpecimiento general y con dificultad para recibir estímulos internos. En general, todas las operaciones intelectuales están dificultadas y, de acuerdo al grado de abolición, de desestructuración de la conciencia, esto puede ir acompañado de gran desorientación y perplejidad. Las posibles causas son múltiples: un *shock* emocional, una commoción mecánica (por ejemplo, alguien que recibió un golpe en la cabeza puede mostrarse confuso), un cuadro febril infeccioso, intoxicaciones, tumores cerebrales, etcétera.

-*Onirismo*: es un estado de ensueño en el que las imágenes desfilan cinematográficamente, la fantasía y la ilusión tienen el mismo valor que la realidad objetiva. Hay muchas variantes del onirismo. En los cuadros en los que esto llega a ser patológico, como es el caso del cuadro alcohólico, el paciente puede actuar y, por ejemplo, destruir una vidriera o a veces infligirse daño a sí mismo o a otra persona, o bien matarse.

-*Estados crepusculares*: consisten en un estrechamiento del campo de conciencia. Es frecuente tanto en pacientes hipnotizados, como en histéricos o en pacientes epilépticos. Es decir, estos sujetos alternan entre la vigilia y el sueño. También puede observarse entre pacientes delirantes místicos, ya que en el momento productivo del delirio místico, están entre un estado de vigilia y uno de sueño. Muchas de estas perturbaciones van acompañadas de *amnesia* y así, a veces, el paciente no recuerda lo que pasó en un momento de confusión o de onirismo o en un estado crepuscular. Ocurre algo semejante a lo que describe Charcot en sus famosos casos: en el momento de trance, le daba una orden al paciente y éste la cumplía sin saber por qué. Luego despertaba y no recordaba nada.

Memoria

En los primeros años de la vida es predominantemente automática y, a medida que avanza la madurez del pensamiento, se suprime el automatismo, esto es, aparecen nuevos vínculos lógicos con los recuerdos. Se distinguen cuatro procesos u operaciones:

-*Fijación*: consiste en la incorporación.
 -*Conservación* de lo incorporado.
 -*Evocación*: el modo en que se recupera lo que ha sido incorporado, la forma de actualizar el recuerdo.

-*Localización* del recuerdo: es la posibilidad de articularlo con algún momento de la historia personal.

Dentro de los trastornos de la memoria que pueden aparecer, están los cuantitativos y los cualitativos.

Los trastornos cuantitativos: se refieren a la cantidad, entre los más importantes se encuentra lo que se llama *Hipermemoria*. Todos sabemos que, en general, una buena memoria distingue a una persona como un ser con ciertas cualidades, pero la *hipermemoria* no se refiere al halago de tener una buena memoria sino que, dentro de un modo patológico, hace alusión a una abundancia asociativa y a una aceleración del ritmo psíquico, lo cual quiere decir que los recuerdos se aparecen sin parar. Esto es característico de cuadros maniacos y de excitación. Como contrapartida de la *hipermemoria*, tenemos la *hipomemoria*: la disminución de la capacidad mnémica, que puede corresponder tanto a la *fijación* en los recuerdos como a la *evocación* de éstos. En ciertos pacientes hay un déficit en la *fijación*, en algunos un déficit en la evocación y, en otros casos, hay un déficit en ambas, es decir, en la *fijación* y en la *evocación*. También existe la *amnesia*, que es la ausencia de la memoria.

Hay una variedad de cuadros que pueden presentar *hipomemoria*: cuadros melancólicos, de demencias seniles, débiles mentales o cuadros de inhibición (neuróticos graves, como ser un paciente que, por determinados modos en que obra la represión, no tiene a su disposición la posibilidad de comercio asociativo con sus recuerdos, no se acuerda de nada. Así llega a la *amnesia*).

Se conoce con el nombre de *amnesia retrógrada* a aquella que afecta a los recuerdos anteriores a la eclosión de la enfermedad, es decir que afecta a la evocación. Es regresiva. En este caso, el paciente no recuerda nada respecto de su vida anterior antes de enfermarse.

Hay una *amnesia* que corresponde a la *fijación*: la persona no incorpora recuerdos. Cuando hay una perturbación en la *fijación*... cuando queda afectado el recuerdo allí donde debiera existir, hablamos de *amnesia anterógrada*. La *amnesia anterógrada* implica una afectación a la *fijación* del recuerdo, allí donde debe haber un recuerdo no está. Hay una ley

que se conoce con el nombre de "La Ley de Ribot", que muestra que sobretodo en pacientes orgánicos, los últimos recuerdos fijados son los primeros en desaparecer. Es frecuente encontrarse con pacientes seniles que quizás tienen recuerdos de su infancia o de su adolescencia y no saben con quién están hablando en ese momento, a pesar de que esa persona sea un familiar cercano.

Los trastornos cualitativos: nos remiten al *falsamiento* de los recuerdos. Muchas veces, allí donde hay ausencia de recuerdo, el paciente lo cubre con *ilusiones o fabulaciones*. Una primera perturbación cualitativa que puede ser interesante o frecuente es el fenómeno del falso recuerdo (nos pasa a todos): se llama *déjà vu*, "lo ya visto". En múltiples ocasiones se tiene la sensación, ante un objeto nuevo o desconocido, de que el mismo ya ha sido visto. También hay perturbaciones que hacen a la psicopatología de la vida cotidiana.

Otra perturbación cualitativa es la llamada *remisencia o criptomnesia*. Consiste en que algo del pasado aparece en la conciencia de la memoria como si fuera nuevo. Muchas veces, *el falsamiento* del recuerdo se hace a expensas de lo vivido, esto es, el recuerdo queda ocupado por imaginaciones, o bien por vivencias alucinatorias del paciente que reemplazan lo vivido.

El episodio alucinatorio muchas veces queda recordado como una experiencia real, realmente vivida en el mundo exterior.

Otras deformaciones del recuerdo, como puede ser la *simple ilusión*, no tienen significancia patológica. La simple ilusión solamente puede tomar significado patológico cuando se trata de *delirios*: es interesante ver de qué manera la ilusión participa en la producción delirante.

Finalmente la *paramnesia reduplicativa*, que consiste en la confusión, la mezcla de pasado y presente, también de real-imaginario. Esto es frecuente en cuadros delirantes, orgánicos y demenciales.

La diferencia entre paramnesia reduplicativa y criptomnesia es que la primera es una reminiscencia del pasado que aparece como nueva pero que no está mezclada, sino que aparece con la frescura y la vivez de lo actual.

Cuando el clínico intenta penetrar en la estructura actual del paciente, en el funcionamiento de la actividad psíquica basal actual, busca aprehender aquello que está perturbado en el dinamismo de las operaciones intelectuales; pretende evaluar cuál es el estado del juicio que

está integrado al sistema de la personalidad. Para ello, considera operaciones intelectuales fundamentales, tales como:

- Atención
- Pensamiento
- Capacidad de abstracción
- Esquemas ideo-verbales
- Lenguaje
- Imaginación
- Percepción
- Morricidad
- Afectividad
- Inteligencia

Caracterizaremos cada una de estas funciones.

Lo llamada *actividad sintética de base* está compuesta fundamentalmente por: atención, pensamiento y lenguaje, es decir, por esa tríada que tiene mucha importancia psicológica.

Atención

Podemos definir la atención como la actividad compleja de la conciencia aplicada a la captación de distintos objetos. La atención se divide en:

1. Atención espontánea.
2. Atención voluntaria.

La *atención espontánea* es aquella que se conduce sin esfuerzo, ya sea por una natural inclinación, por simpatía, por afinidad. Mientras que la *atención voluntaria* se da cuando, por propia decisión, independientemente del sabor agradable o desagradable de la situación, se dirige la atención hacia un objeto o actividad. Muchas veces los dos tipos de atención están perturbados, tanto la voluntaria como la espontánea. Otras veces se encuentra el predominio de una sobre otra, es decir, de la espontánea sobre la voluntaria o viceversa. A este fenómeno se lo conoce como *disprosexia*.

Entre los trastornos cuantitativos de la atención, hay tres fundamentales:

1. *Aprosexia*: consiste en la ausencia total de atención. Esto ocurre cuando están suspendidas las funciones psíquicas, por ejemplo, en estados comatosos o en el sueño. Es frecuente en cuadros deficitarios como las demencias, la confusión mental o el estupor.

2. *Hipoprosexia*: es la disminución de la atención en todos sus aspectos. Puede presentarse tanto en neuróticos inhibidos, en pacientes melancólicos o bien en pacientes esquizofrénicos francamente perturbados.

3. *Hiperprosexia*: a diferencia de la "hipo", que es una disminución, la "hiper" consiste en un exceso de atención que obra desequilibrador temporalmente. Es frecuente en la manía y en los cuadros de excitación.

Pensamiento

El material del pensamiento son las ideas. La función del pensar es considerada como aquella actividad que establece una superioridad del ser humano sobre los demás seres vivos, como así también respecto a otro ser humano.

El pensar es un vasto fenómeno psíquico que puede consistir en una vivencia, más o menos vaga e imprecisa que abarca desde el conocimiento hasta la formulación de un concepto claro y preciso. Los trastornos de la construcción del pensamiento consisten en la incapacidad de construir esquemas ideo-verbales, y esto es inseparable del rol del lenguaje. Podemos diferenciar: "pensamiento lógico" —en tanto que los modos de pensar se hacen comprensibles para cualquier persona pues obedecen a los principios que rigen el razonamiento humano en general— de "pensamiento mágico", que es pre-lógico: se basa en juicios por analogía y en un rudimentario plano de abstracciones: se atiene a la experiencia sensorial e inmediata.

En el primer contacto con el enfermo, como ya se explicó, se pueden detectar rápidamente ciertas anomalías en la conversación, es decir, si el paciente presenta monólogos, mutismo o diálogos alucinatorios. Pero hay otras perturbaciones del lenguaje que son muy importantes, tales como:

Disartria: trastornos en la articulación. Trastornos en el curso verbal. Trastornos *simiáticos*. Manifestación del paciente de un modo *ideográfico*, esto es, con pequeños monoslabos, sin abundar en detalles acerca de lo que le pasa. (Es interesante constatar también, si aparecen frases incompletas o interrumpidas.) Trastornos *semánticos*: presencia de "neologismos". *Inversión o fusión de los fonemas*. *Verborrea*: personas que se sienten aceleradas y expresan sus ideas a gran velocidad. *Bradilalia*: una disminución en la velocidad asociativa. *Ecolalia*: repetición, como si fuera un eco, de la última palabra del interlocutor. *Esterotipias verbales*: repetición automática de palabras o gestos. *Disfasia*: pérdida de distintos modos de asociación verbal. Esta perturbación forma parte del grupo de las afasias. Pequeñas perturbaciones tales como: *afonías*, *guitarrfonías*, *tarantuleos*, *balluceos*, etcétera.

El pensamiento estrictamente coherente y constructivo es, ante todo, intencional. Hay un complejo orientador del pensamiento que se conoce con el nombre de *idea-directriz*. Es importante constatar si este complejo orientador se halla o no perturbado. Estas anomalías se refieren a lo que se conoce como *trastornos del curso del pensamiento*.

Hay otro trastorno del curso del pensamiento: la *intercepción*, *barraje* o *clausura*. Este fenómeno es "patognomónico" de un grupo de cuadros agrupados bajo el nombre de "síndrome esquizofrénico". Consiste en que, en un momento dado y sin causa aparente que lo justifique, el enfermo que está hablando o desempeñando alguna actividad, suspende bruscamente la acción. A veces puede continuarla y a veces no: puede producirse una suspensión brusca, prolongada o breve, y luego un retorno a cualquier idea o actividad. Una intercepción siempre marca una discontinuidad. Cuando ésta es breve, el paciente puede retomar su enunciacón desde cualquier otro lado, sin establecer una relación de continuidad con lo que venía diciendo. Muchas veces el fenómeno de intercepción está asociado a la presencia de *alucinaciones* que corresponden a los *trastornos de la senso-percepción*.

Esta característica del pensamiento puede acompañarse también de *rigidez*: una falta total de elasticidad en el curso de las ideas, una incapacidad de adaptación a cambios.

Otro tipo de perturbación es la *viscosidad* o *adherencia*, característica de los pacientes epilépticos: se le agrega a la lentitud una especie de perseverancia fatigosa, sobre todo para el que escucha, donde se nivelan lo fundamental y lo accesorio. La rigidez genera un pensamiento chato

donde no hay jerarquías, es como si todo tomara el mismo valor: una reiteración pegajosa. Esta adherencia, junto con la perseverancia se ve por la repetición de frases que a veces no tienen relación con lo que se está diciendo, el paciente se queda pegado a una frase y la repite, o a imágenes que refuerzan su estado actual. Por ejemplo, si se le pregunta cómo se llama, el paciente responde: ¿yo? A veces repite en eco la última frase que se le ha dicho.

Hay un fenómeno, emparentado con esto, que se conoce con el nombre de *stereotipia*: se presentan actos automatizados e inmóviles a lo largo de todo el discurso del paciente. Por ejemplo, la reiteración de la frase: "Qué barbaridad, Dios mío", "Qué barbaridad, Dios mío", "Qué barbaridad, Dios mío".

Cuando el pensamiento pierde su idea directriz, cuando pierde la dirección, encontramos fenómenos de pensamiento en los que el curso está fragmentado y cuya manifestación es anárquica. A este fenómeno se lo conoce con el nombre de *disgregación del pensamiento* que es típico de las psicosis esquizofrénicas.³

El curso también contiene cualidades de *ritmo*, *aceleración* o *disminución y cohesión* o no del conjunto de las ideas (cada una de ellas, si está subordinada o no a una idea directriz).

Entre los *trastornos del ritmo del pensamiento* encontramos la *aceleración*. El pensamiento se acompaña, en estos casos, de una imperiosa necesidad de expresión (el enfermo habla incesantemente). Dicha aceleración en el ritmo del pensamiento puede conducir a lo que se conoce con el nombre de *fuga de ideas*: ella muestra que, cuando las ideas directrices se encuentran ausentes o debilitadas, aparece una especie de constelación cambiante y saltona del pensamiento, se pasa de una idea a otra. Esto es frecuente en pacientes excitados maniacos.

Es importante diferenciar la fuga de ideas de otro fenómeno que se conoce con el nombre de *mentismo*. Una de las diferencias es que el estado de excitación presenta esa constelación cambiante y saltona de ideas pero con un humor placentero. En el caso de pacientes

excitados maniacos, se da esta actividad automática con cierta sensación de exaltación. Mientras tanto, en el *mentismo* la persona padece de esa aceleración pero revela cierta perplejidad y abatimiento, si bien también hay predominio del funcionamiento automático sobre el voluntario, el paciente lo que transmite es displacer ante este predominio. Este tipo de fenómenos se presenta en estados psicóticos de fatiga, por ejemplo; de agotamiento intelectual y también en estados tóxicos y febriles. En ambos casos hay un predominio automático del pensamiento.

Por un lado tenemos *aceleración* en el ritmo y, por otro, encontramos el fenómeno de *lentitud en el ritmo*. Esto puede producirse porque el paciente está inhibido o porque está en estado de estupor. Se dice frecuentemente que la inhibición del pensamiento que presenta un paciente melancólico es la contrapartida de la aceleración que presenta un paciente maniaco. En el melancólico, el curso es lento y entorpecido y manifiesta también una incapacidad para hacer una dirección voluntaria del curso de su pensamiento. Esto puede llevar a la parálisis y a la suspensión del pensamiento.

Los *trastornos del contenido del pensamiento*. En todo pensamiento coexisten contenidos falsos o verdaderos, reflexivos o intuitivos, sentimentales, y esto de por sí no tiene ninguna significación patológica. Es importante marcar que lo anormal no tiene que ver con la falsedad de las ideas, ya que la misma se puede deber a la falta de información, o a la falta de educación, por ejemplo, pero no necesariamente implican patología mental. Es interesante evaluar el modo en que la falsedad de las ideas influye y participa en el psiquismo total. Toda idea involucra una compleja elaboración mental, un "capital ideativo" que está representado por el conjunto de ideas y conceptos que fue adquiridos a lo largo de la existencia de una persona determinada. La calidad de las ideas también depende de la estructura de la persona en cuestión y del grado de evolución de su formación conceptual. Podemos diferenciar *ideas concretas*, (aquellas que se originan a partir del sensorio y que son características en los niños, o en adultos con escasa simbolización que presentan una "concretización del pensamiento").⁴ de las *ideas símbolo* (éstas ya implican un grado de generalización, esto es, forman una imagen

3. Cuando terminemos la *semiología* trabajaremos la *nosografía*: caracterizaremos cada cuadro y veremos cómo se manifiestan en cada uno de ellos las perturbaciones que estamos estudiando, ya que puede resultarle difícil al lector reconocer cada perturbación sin articularla con el material clínico.

4. Algunos autores las consideran también características de los primitivos.

genética) e ideas abstractas (trascienden el plano concreto y se elaboran acorde a un razonamiento hipotético-deductivo).

Entre las ideas patológicas encontramos una variedad de manifestaciones. Las más importantes son las siguientes: *Ideas obsesivas (son aquellas que se le imponen al enfermo, pero que el enfermo las reconoce como patológicas. Es decir, el paciente, puede tener la idea de matar a su hijo pero esto es vivenciado como algo extraño, raro). *Obsesiones fóbicas (el paciente manifiesta un miedo incoercible que cohibe su desempeño: miedo a la enfermedad, miedo a la muerte, miedo al contagio). *Ideas fijas e ideas sobrevaloradas (las "fijas" son ideas parásitas que nacen a partir de un shock emocional). Las "ideas sobrevaloradas" parten de creencias, concepciones filosóficas, políticas o religiosas. Son sentimientos propios de cualquier persona. Estas ideas se evalúan acorde al medio en que se producen. Una idea religiosa sobrevalorada en un medio religioso pasa desapercibida (pero no pasa desapercibida en un medio libertino, por ejemplo). *Ideas delirantes (Aquí es muy importante destacar que para que una idea sea considerada delirante debe evaluarse con relación no solamente al contenido de la idea sino también a las condiciones y situaciones de la persona que sustenta dicha idea. Esto tiene también una relatividad social. Por ejemplo, Galileo basándose en las ideas de Copérnico fue considerado un hereje en su tiempo, sin embargo su teoría era muy revolucionaria para la época).

La condición fundamental para que una idea sea considerada delirante es detectar una falla justificativa, es decir, en el juicio. Es importante diferenciar una "falla justificativa" de un "error". Un error puede estar determinado por falta de formación, o de información, por un momento de aprendizaje y entonces no es necesariamente un error patológico porque esas fallas pueden ser corregidas. Lo que caracteriza a la idea delirante o patológica es que no puede ser justificada. Vamos a dar una pequeña definición de idea delirante: es una idea generalmente falsa que choca con la realidad pero que está dotada de una fuerza y de una convicción irreducibles. Es lo que se conoce con el nombre de "certeza delirante". Diferenciaremos la certidumbre normal de la certeza delirante. Todos tenemos ciertas certidumbres que hacen a nuestra identidad, localización, modos de pensar. Hay ciertas certidumbres respecto a los modos de aprehender el mundo, distintas de aquellas convicciones irreducibles a la crítica y que implican un falseamiento de la realidad que no puede ser rectificado.

Solamente en este caso estamos frente a lo que se llama idea delirante. Por ejemplo, la idea delirante de Schreber: ser la mujer de Dios y generar una nueva progenie en el mundo.

Allí no hay posibilidad de rectificación, toda convicción invade la totalidad de la vida psíquica de la persona y significa una transformación de la relación del yo con el mundo. La idea delirante que no acepta rectificación no implica desconocer que siempre la noción de locura es relativa a un orden socio-cultural en un momento histórico determinado. Muchas veces, a los revolucionarios se los ha catalogado de delirantes. La diferencia es que estas personas han armado escuelas, tienen seguidores, han producido un hito en la transformación tanto de ideas religiosas como políticas o científicas. Por eso, es muy importante ver cuál es la persona, la condición, el producto porque a veces también puede pasar lo contrario, lo que se conoce con el nombre de "ideas delirantes verosímiles". Por ejemplo, alguien puede decir: "me quieren echar del trabajo". Este enunciado, que parece una comunicación normal y verosímil, a lo mejor es una idea delirante.

Depende de las patologías y es importante no eludir para su reconocimiento, la experiencia clínica. Si un profesional se maneja sólo en el orden de las abstracciones y descripciones, le faltará una dimensión experiencial que es incluíble en un diagnóstico clínico. Nadie que no esté familiarizado con la clínica puede hacer un diagnóstico acertado e incluso siempre todo diagnóstico es presuntivo. Entonces, se estudian cosas que en el plano de la enunciación abstracta parecen ser muy fáciles de confundir, pero si se las acompaña de la frecuencia en el estudio y observación de casos, es posible hacer hipótesis diagnósticas más fiables. Hay una variedad de manifestaciones clínicas que es interesante reconocer y que son inseparables de la caracterización.

El trabajo en la clínica es arduo y artesanal. Cada uno irá construyendo sus esquemas para elaborar diagnósticos, por un lado estudiando, que es un modo de apropiarse de una terminología, de una caracterización descriptiva, pero, por otro lado, teniendo que hacer experiencia en el reconocimiento de lo que son los fenómenos de la enfermedad mental. El estudio, la experiencia, la supervisión de los casos clínicos y el análisis personal son instancias insustituibles en la formación clínica. Son temas que implican distintas instancias de transmisión y que, en la trayectoria de cada uno, en determinado momento que se irán enriqueciendo entre sí.

Imaginación

La actividad imaginativa consiste en pensar con imágenes. Existe tanto una actividad imaginativa "reproductora" (la reproducción de imágenes) como "creadora" (la invención de nuevas imágenes).

Interesa al clínico si la imaginación desempeña en el paciente un papel falsador o perturbador de la realidad.

¿Cómo juega la imaginación en la patología? Se debe tener en cuenta que la imaginación es una actividad creativa y genérica de la vida humana. Se acostumbra considerar en la producción delirante distintos mecanismos que hacen referencia a lo que la persona invoca como causa de su conocimiento. Algunos delirios se construyen partiendo de imágenes como, por ejemplo, ciertos cuadros de parafrenias.⁵

Los trastornos cuantitativos de la imaginación son: las causas excitantes (que acrecientan la imaginación, la exaltan, al mismo tiempo que merma la crítica), la inhibición (que afecta a la producción de las imágenes) y la monotonía, opacidad o pobreza imaginativa.

Los trastornos cualitativos incluyen: la prevalencia imaginaria, la falsificación del acto mnésico y la hipertrofia imaginativa.

Percepción

La percepción es el acto primero de repetición de un material de conocimiento mediante el cual la conciencia capta una realidad cuyo objeto reconoce como fuera y distinto de ella. Sin entrar en lo patológico, hay distintos productos normales que consisten en pequeñas alteraciones de la percepción:

5. En algunos manuales de Psiquiatría se suele encontrar el modo en que se diferencian los delirios de acuerdo a los mecanismos que se usan para su construcción: alucinatorio, imaginativo, interpretativo, etcétera.

-*Imagen onírica*: se produce con suspensión de la conciencia en el estado del dormir.

-*Alucinación hipnagógica*: este fenómeno ocurre antes de dormirse o en el momento de despertar: a veces se puede tener la sensación de haber escuchado que alguien llegó, una voz, haber visto una figura, algún brillo, e inmediatamente cuando se recupera la vigilia la persona se da cuenta de que fue una sensación. Estos son fenómenos normales que nos ocurren a todos y que tienen que ver con el tránsito entre el sueño y la vigilia.

-*Paraidólas*: son alteraciones perceptivas que todos podemos realizar, por ejemplo, cuando fijamos la vista sobre una mancha de la pared en la que se pueden reconocer formas varias o cuando se mira la luna a la noche o las nubes. Son fenómenos de alteración perceptiva con conciencia. Por lo tanto, la persona reconoce el carácter ilusorio de esta percepción.

-*Postimagen sensorial*: si se mira fijamente un objeto y luego se lo retira del alcance de la vista, se tiene la sensación de que el objeto está ahí todavía. Es una pregnancia en la persistencia de la imagen consecutiva a una percepción real.

-*Imágenes eidéticas*: esta alteración de la percepción también es una modalidad propia del pensamiento de los niños, donde pensamiento y deseo se confunden. Consiste en que luego de haber fijado largamente la mirada en un objeto, uno cierra los ojos y, sin embargo, parece que se lo está viendo. No tiene la claridad sensorial de una alucinación.

Los "aumentos cuantitativos" de la percepción generalmente son patológicos: por ejemplo, la presencia de ruidos, de rayos luminosos, de olores, que implican la existencia de una gran irritabilidad sensorial. Los diferenciamos de los "trastornos cualitativos" de la senso-percepción. Entre los más importantes encontramos: *Ilusiones* (consisten en una percepción deformada de un objeto real pero no es patológica) y *alucinaciones*. Estas últimas son las perturbaciones de la percepción que entran netamente en el terreno patológico. Se las define como una percepción sin objeto real. Una persona está alucinada si tiene la íntima convicción de una sensación acualmente percibida cuando ningún objeto exterior excita esa sensación. La persona lo acepta porque tiene una enorme claridad sensorial, a pesar de que pueda vivirla como extraña. La alucinación se diferencia de las pseudo-alucinaciones o alucinaciones psíquicas, que resultan de la proyección de imágenes o de representaciones vivas que están en

el acervo del paciente y que corresponden a un estado subjetivo. Las alucinaciones presentan claridad sensorial, las pseudo-alucinaciones corresponden a procesos intrapsíquicos: el paciente puede referir voces que aparecen dentro de su cabeza porque otros se las transmiten.

Las diversas variedades de la alucinación constituyen una amplia gama de los trastornos psicosensoresiales y corresponden a los distintos sentidos. Podemos encontrar alucinaciones: *Visuales* (pueden ser fugaces y parciales como unas llamadas o bien referir una figura o una escena compleja). *Auditivas*: aquí se encuentran los silbidos, zumbidos, ciertos rozamientos verbales, hasta llegar a las alucinaciones acústico-verbales en las que el enfermo oye voces que le hablan. *De la sensibilidad general*: esta alucinación implica la sensación de tener el cuerpo poseído por otro. A veces son parciales y segmentarias, pueden aparecer sensaciones de manoseo o de violación que se refieren a una parte del cuerpo. *Genésicas*: consisten en la falsa percepción de un movimiento, esto puede afectar cualquier parte del cuerpo y/o el aparato fonador: la lengua, los labios, las cuerdas vocales. El paciente puede referir que se ve obligado a hablar, que alguien le mueve las cuerdas vocales y le hace decir algo determinado. *Olfativas* y *Gustativas*: son malos olores o determinadas sensaciones de gusto que no corresponden a ninguna estimulación real. *Extracampales*: son curiosas porque son alucinaciones en las que el paciente prescinde de las fuentes sensoriales: puede decir que ve algo detrás de la pared, por ejemplo. Está por fuera de su campo sensorial, el sujeto cree ver aquello que escapa a su campo sensorial.

Toda esta variedad de fenómenos alucinatorios fue reunida por de Clérambault (1910-1920) en un síndrome que ya mencionamos y que se conoce con el nombre de "Síndrome del Automatismo Mental". De Clérambault subraya en este agrupamiento el predominio del paraisismo mecánico ideo-verbal, sensorial y motriz. Para él, las psicosis alucinatorias crónicas tienen, al inicio, un carácter neutro, atenuado y abstracto. Se puede ubicar un núcleo: los fenómenos de automatismo separados de toda actividad psíquica; y una superestructura: los delirios que son de aparición tardía. Este núcleo es neutro y anidélico. Estos fenómenos comprometen las esferas mental, motora y sensorial.

De Clérambault rechaza toda ideogénesis. Se trata de la producción espontánea, involuntaria y mecánica de impresiones, ideas y recuerdos que se imponen a la conciencia del enfermo.

Psicomotricidad

Hay determinadas patologías que implican perturbación y/o desintegración de las funciones psicomotoras. Entre éstas se encuentran:

Apraxia: es una incapacidad total para cualquier iniciativa motriz. *Ecopraxia*: consiste en imitar movimientos de otros. *Accesos catatónicos*: afines a los cuadros esquizofrénicos, en los que se presenta una inercia y una pérdida total de la iniciativa motriz. *Flexibilidad cénica*: frecuente en pacientes esquizofrénicos cuya musculatura aparece dispuesta como si estuviera moldeada con cera, al estilo de una escultura. *Manierismo*: amaneramiento en los gestos y expresiones. Aumento exagerado de la expresión de gestos y mímica. *Extravagancias*: posturas extravagantes. Un paciente puede quedar-se horas en alguna posición. Esto puede verse en algunas películas acerca de la vida de los enfermos. *Negativismo*: la negativa total a realizar cualquier acción que sea solicitada. *Obediencia automática*: el paciente realiza inmediatamente lo que se le sugiere. Es típico de cuadros graves.

Afectividad

Tiene que ver con los trastornos en los sentimientos, lo que compone "el sentir" de un individuo. Puede haber trastornos de orden emocional en los sentimientos o en las pasiones. La emoción es la fenomenología afectiva más primitiva como respuesta psíquica y corporal: palpitaciones, sudoraciones, trastornos cardiovascularres de la aceleración del ritmo cardíaco, trastornos gastrointestinales, musculares. La emoción puede generar determinados gestos o actos.

Trastornos del sentimiento: son los modos de expresar nuestro tono afectivo. Podemos encontrar entre ellos: timidez, miedo, venganza, cólera, tristeza, excitación, etcétera.

Trastornos de las pasiones: son estados emocionales permanentes referidos tanto al odio como al amor.

Encontramos pacientes en los cuales la afectividad puede estar hipertrofiada: *hiperafectividad*: exalada o exagerada, como en el caso de

los maníacos o ansiosos, o también casos en que está disminuida, debilitada: hablamos entonces de *hipoaffectividad*.

Inteligencia

Es la capacidad de abstraer, de obrar consiguiendo lo que uno se propone, de combinar de un modo acorde y exacto los estímulos nuevos. Esta evaluación es significativa tanto en el campo pedagógico como en el psicopatológico y ha sido encarada desde el advenimiento de los test con la evaluación del cociente intelectual. (C. I.). Los tests colaboran mucho con los diagnósticos: prestan sus conclusiones a la elaboración de los diagnósticos diferenciales, ya que permiten diferenciar cuadros de debilidad mental, por ejemplo, cuadros de deterioro por demencia, o paciente que presentan una demencia senil y empiezan a tener una decaimiento de su capacidad mental, como así también permiten distinguir un deterioro de los cuadros de las psicosis crónicas. Esto tiene un enorme valor para la clínica, digno de mención: me he encontrado en servicios supervisando tareas con el disparate de que alguien quiere analizar a un paciente psicótico deteriorado, habiendo mejores indicaciones para hacer: terapia ocupacional, por ejemplo. Estas evaluaciones son muy importantes porque sitúan al paciente con un deterioro importante en un tipo de relación terapéutica que no es compatible con su estado mental lleva a circuitos de frustración y fracasos muy importantes, ya que el paciente siente que está instalado en un dispositivo que se supone que lo está asistiendo, pero no produce ningún avance, ninguna modificación. Y no lo produce porque el dispositivo no es acorde con las necesidades de esa persona. De esta manera, es muy importante que sea evaluada la capacidad intelectual no como algo fundamental en el diagnóstico sino como un elemento más. En los casos de tratamientos de niños con fracasos escolares ocurre que se los instala en un análisis sin evaluar la dimensión pedagógica. Si el niño tiene un rendimiento notablemente inferior a la exigencia que se le requiere para aprobar el grado en el que está, es importante aclarar los motivos y evaluar

cuál es el tratamiento más adecuado en función de su singularidad. De lo contrario, se crean circuitos que producen mucho daño, tanto al paciente como a la familia y a la posible relación terapéutica. En una indicación terapéutica siempre se hace una apuesta, pero es importante que en esa apuesta haya ciertas posibilidades de aprovechamiento para no involucrar a los paciente en situaciones que sólo producen frustración e impedimento.