

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESPECIALIDAD PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PROYECTO DE TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN: ESPECIALIDAD
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Tema:

“Incidencia de la migración de padres de familia en el rendimiento académico de los estudiantes del colegio “Monseñor Leónidas Proaño” de la parroquia Puerto Bolívar de la ciudad de Machala en el periodo lectivo 2010-2011”

Autores:

León Morocho Joselyn del Rocío

Tutor:

Gloria Jarro

Machala- El Oro- Ecuador

Contenidos.

Psicopatología

Definición.

Semiología

DEFINICION

La **psicopatología** es el **estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales**. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.

De acuerdo al **modelo psicodinámico**, por ejemplo, los procesos psicológicos son la causa principal de los problemas mentales y psicósomáticos.

La perspectiva biomédica trata a los trastornos mentales como cualquier otra **enfermedad**, al considerar que las alteraciones psicopatológicas se producen por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la corrección de tales anormalidades orgánicas.

En este sentido, un **comportamiento anormal** es una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Se encuentran vinculados a alteraciones del cerebro, que pueden ser **anatómicas** (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales fueron de los cánones normales) o **bioquímicas** (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal tienen alterada su función).

La psicopatología considera que los **trastornos mentales orgánicos** son aquellos que tienen causas físicas evidentes, como el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales son los patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales.

Por último, cabe destacar que el **modelo conductual** de la psicopatología no establece diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del **aprendizaje** a partir del ambiente. Por lo tanto, se le otorga una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las

biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo consiste en la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

SEMIOLOGIA

Trastornos de la sensopercepción

Son defectos en la organización de los datos sensoriales. El modo más común de que se produzca una alteración de la sensopercepción es una lesión en cualquiera de las estructuras nerviosas comprometidas con esta función.

Los trastornos de la sensopercepción se clasifican en dos grupos:

- **DISTORSIONES SENSORIALES.**

Una distorsión sensorial consiste en la percepción de un objeto real pero modificado en alguna de sus cualidades. No es un trastorno muy común.

Hay varios tipos:

- **De la forma.**

Se distorsiona la forma del objeto. Se perciben los objetos más pequeños de lo que realmente son y a esto se le denomina macropsia.

La macropsia es el que el objeto se percibe con un tamaño más grande que el tamaño real.

La micropsia es el percibir un objeto a tamaño constante independientemente de la distancia que medie entre el observador y el objeto.

La distorsión consiste en que los objetos se perciben torcidos.

La metamorfosis la percepción de los objetos sufre una mutación constante en cuanto a su forma.

Estos (los de la forma) aparecen en cuatro tipos de trastornos:

- En lesiones en el lóbulo temporal.
- En delirios febriles infantiles.
- En las crisis epilépticas.
- En las psicosis esquizofrenias agudas.

- De la cualidad.
Son distorsiones producidas por una invasión de colores que tiñen la percepción.
 - Cloropsia en el que los objetos se perciben de color verde.
 - Xantopsia, la percepción se tiñe de color amarillo.
 - Eritropsia, en el que la percepción se tiñe de color rojo.
 Es un síntoma producido por la ingesta de tóxicos básicamente alucinógenos.

 - De la intensidad.
 - Hiperestesia, la intensidad perceptiva aparece aumentada.
 - Hipoestesis, la intensidad perceptiva aparece disminuida.
 - Intensidad selectiva, unas veces aparece la intensidad aumentada y otras disminuida.

 - De incorporación afectiva.
Se modifican las afecciones ante determinadas conductas.
- ERRORES SENSORIALES.
 - Ilusión.
Consiste en la percepción equivocada o errónea de cualquier estímulo sensorial, consiste en una transformación del objeto a percibir, falsificamos el estímulo que desprende el objeto. Para que exista una ilusión tiene que haber siempre un objeto real. No es por sí misma un síntoma psicopatológico. Consiste en una interpretación errónea de un objeto sensorial. Existen unas condiciones que favorecen la aparición de este fenómeno:
 - La falta de atención del sujeto, es decir, interpretamos erróneamente a causa de una distracción momentánea.
 - Puede ser fruto de otro síntoma psicopatológico. Por ejemplo, por disminución del nivel de conciencia.
 - El estrés emocional de la persona, persona cansada, miedo,

soledad...

- La ambigüedad del objeto a percibir.

▪ Alucinación.

Es un síntoma psicopatológico bastante grave. Consiste en la percepción de algo que no existe y se considera como real, es decir, es una percepción sin objeto siempre es patológico.

Tiene tres características definitorias:

- Se perciben con la misma claridad que una percepción real.

- Siempre se tiene que percibir en el espacio exterior, siempre tiene proyección espacial.

- La persona está absolutamente convencido de que lo que percibe es verdadero y real

Cuando falla alguna de estas tres cosas ya no sería alucinación.

Clasificación de las alucinaciones.

Se clasifican en función del sentido de las cuales son percibidos.

- Visuales, falsa percepción visual. Pueden variar mucho en cuanto a temática y complejidad.

- Auditivas, consiste en una falsa percepción auditiva que al igual que las visuales también varían en cuanto a complejidad por ejemplo silbidos, palabras sueltas,...

Existen dos muy frecuentes:

û Fenómenos imperativos, la persona escucha una voz que le ordena a actuar de una determinada manera, incluso en contra de su voluntad.

û Alucinación auditivas auto referenciales, el sujeto percibe a dos o más personas hablando de él y generalmente no hablando bien.

- Gustativas y olfativas, falsa percepción del gusto y del olfato. La alucinación gustativa más común suele ir asociada a los delirios de envenenamiento y la comida y todo lo que ingiere le sabe a veneno.

La alucinación olfativa más común suele estar asociada a los delirios

de putrefacción, en el que la persona cree que se le pudre un órgano y lo huele.

- Táctiles, es una falsa percepción táctil. Por ejemplo, sensaciones de frío, de calor, de humedad. Puede estar asociada a los delirios electrizantes (personas que sienten descargas).

- Cenestésicas o de sensibilidad interna, suelen ser de tipo visceral, por ejemplo que le faltan órganos internas, que tienen diferentes tamaño los órganos.

El problema de la alucinación es que la persona pierde el control sobre la capacidad de diferenciar el mundo interno del externo (lo que es la realidad de la fantasía que tiene). Esta diferenciación de lo que es interno y externo es una capacidad que se adquiere, se aprende.

- Pseudo alucinación o alucinación psíquica. No es propiamente dicha una alucinación porque no tiene proyección espacial sino que la persona la percibe dentro de si mismo. Son imágenes mentales percibidas de forma nítida, clara y experimentada como reales. Tienen un carácter involuntario.

- Alucinosis. Es un síntoma similar a la alucinación y consiste en una percepción nítida y clara con proyección espacial. Carece de juicio de realidad, es decir, que la persona sabe que no es real la imagen que está viendo. Se produce siempre por consumo de alucinógenos.

- Síndrome de automatismo mental. Descrito por Clerambault. Se caracteriza por tres cosas, primero porque la persona sufre de una gran cantidad de alucinaciones visuales y auditivas, en segundo lugar como consecuencia de estas

alucinaciones o unidas a ellas se produce un triple automatismo (a nivel motor, ideico y verbal) la persona actúa, piensa y habla de forma automática, robotizada, como si alguien la ordenara que lo hiciera así, y en tercer lugar el individuo siente un desdoblamiento de su pensamiento, su pensamiento se repite tanto interna como externamente.

Pensamiento

El pensamiento "normal" se caracteriza por responder a un estímulo con intención de resolverlo o tramitarlo. Se dice que progresa siguiendo una secuencia asociativa lógica, con un ritmo adecuado, no interrumpido y llegando a una solución adecuada a la realidad.

Sus trastornos aluden a todas las desviaciones de una pauta lógica, racional y teleológicamente dirigida del pensamiento.

El pensamiento se suele estudiar a través de su forma más común de expresión: el lenguaje. Sin embargo no es posible homologarlos. Hay trastornos del lenguaje que tienen que ver con alteraciones neurológicas, donde el pensamiento está intacto. Se distinguen principalmente por la angustia que genera en el paciente, el no poder emitir en forma correcta sus pensamientos.

- ***Alteraciones***
- **Fonéticas (o de articulación)**

Son aquellas que tiene que ver con la dificultad para emitir determinados sonidos y que por lo general se deben a una causa orgánica. También pueden tener causa de tipo afectivo, sobre todo cuando se conservan lenguajes infantiles. Este tipo de trastorno es frecuente en los niños, donde importa establecer los diagnósticos diferenciales.

Dislalia: (en vez de "chiche" dice "tite") se usa un fonema típico infantil, no accediendo a un fonema más adulto. En este caso, el trastorno estaría al nivel de la parte motora.

Disfasia: el trastorno está en las áreas y se verifica en la comprensión del lenguaje, donde se hace imposible emitir un lenguaje comprensible. Se puede plantear el diagnóstico diferencial con la sordera, retraso mental o psicosis infantil.

Parafasia: en el adulto, encontraremos las parafasias que son de dos tipos: las fonémicas y las sintácticas. Dentro de las parafasias fonémicas, la dificultad está en nombrar determinados objetos, sustituyendo un determinado fonema (en lugar de "pipa" pronuncia "tipa"). En las parafasias sintácticas, la dificultad está en no encontrar la palabra para nombrar un objeto y sustituirla por otra palabra vinculada en lo semántico (ej: "pipa" por encendedor). Estos trastornos se ven en los cuadros de deterioro de algunas formas de demencia y puede ser índice para diagnosticar deterioros orgánicos demenciales o tumor cerebral.

Afasia: se ven en los inicios de los cuadros demenciales y en los trastornos afásicos (hemiplejia).

Disartria: Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular.

Sintácticas (o de la construcción del lenguaje)

Puede estar relacionado con elementos de deterioro (demencia u oligofrenia) o puede aparecer en una desestructuración global de la personalidad, donde se pierde la estructura de la frase gramatical. También la encontraremos en algunas formas de la esquizofrenia.

Pueden ser:

- fragmentación: de las oraciones (estilo telegráfico o frases incompletas)
- reducción elíptica de la frase (palabras entrecortadas, monosílabos)
- desorden, encadenamientos (desprolijidad, expresiones embrolladas, fuga de ideas, disgresiones, etc.).

Puede estar relacionado con elementos de deterioro (demencia u oligofrenia) o puede aparecer en una desestructuración global de la personalidad, donde se pierde la estructura de la frase gramatical. También la encontraremos en algunas formas de la esquizofrenia.

- **Semánticas (o del significado)**

Se caracterizan por la alteración del sentido de las palabras o de las figuras (tropos) del discurso, en los que se destacan:

- los **neologismos** (palabras inexistentes en el lenguaje convencional, que son acuñadas por el propio paciente con un sentido particular para él y que se encuentran en relación al delirio)
- **paralogismos**, similar al neologismo pero con palabras ya existentes a las que el sujeto atribuye un significado propio diferente al socialmente compartido.
- Las metáforas herméticas,
- Las formas de "oscurecimiento" más o menos sistemáticas del lenguaje (palabras truncadas, inversión o fusión de fonemas, términos abstractos, palabras con sentido cambiado, etc.)

Cuando se combinan dos tipos de trastornos, por ej la desestructuración de la sintaxis con la aparición de neologismos, se puede llegar a una *esquizofasia* [\[2\]](#), en la cual el lenguaje se hace incomprensible (poco común, no compartido).

A veces los enfermos crean auténticos lenguajes personales: *glosolalia*. Este trastorno es difícil de diferenciar de la *jergafasia*, que es un trastorno en la comprensión y emisión del lenguaje, pero provocado por un lesión en la corteza cerebral.

Los pensamientos que tienen cierta tendencia al intelectualismo, a una racionalidad excesiva, lo veremos en los neuróticos, en los adolescentes

y/o en las etapas iniciales de los procesos esquizofrénicos. La racionalización excesiva puede estar actuando como defensa frente a la angustia adolescente o frente a angustias de fraccionamiento. El intelectualismo puede hacerse cada vez más abstracto, llevando el lenguaje a una situación cada vez más alejada de lo convencional, lo compatible.

- neologismos y paralogismos
- metáforas herméticas u oscurecimiento del lenguaje
- desestructuración: esquizofasia, glosolalia, jergafasia

- **De ilación (secuencia asociativa lógica o finalidad)**

Aquí el lenguaje se desvincula del emisor y del receptor, perdiendo la finalidad comunicativa.

- ensalada de palabras
- tangencialidad
- pararrespuestas
- perseveración
- condensación
- descarrilamiento

Alteraciones del curso

- **Ritmo**

El pensamiento puede estar enlentecido (bradipsiquia), vinculado a situaciones depresivas o también en algunas formas de esquizofrenia. El pensamiento acelerado (taquipsiquia) lo encontraremos en cuadros de alteración del humor (manía, hipomanía), pudiendo darse el telescopaje en su grado máximo. Aquí el ritmo es tan rápido que las palabras se juntan a modo de un telescopio

- acelerado:

taquipsiquia

fuga

de

ideas

telescopaje

- retardado:

Bradipsiquia

Continuidad

Otro tipo de alteración del curso del pensamiento se da con las interrupciones, bloqueos o como su nombre lo dice **interceptaciones**^[3] del pensamiento, que son características de las esquizofrenias. El paciente viene hablando de algo y en determinado momento es "tomado" por alguna vivencia y luego sigue en lo mismo o en otra cosa, pero esa interrupción no le provoca angustia.

- interceptaciones

- distracciones

Alteraciones del contenido

Toda idea extraña o fija constituye un trastorno del contenido del pensamiento:

- Ideas sobrevaloradas: "creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta). La creencia no es aceptada por otros miembros de la cultura o sub-cultura a la que pertenece el sujeto"

- Ideas fóbicas

- Ideas obsesivas

- Ideas Hipocondríacas

- Ideas delirantes

- Experiencias delirantes o "delirium": Experiencia delirante primaria. Modificación transitoria del pensamiento, con carácter de agudeza. No tienen estructuración.

- Delirios: Implicaría una toma más global de la personalidad. Un cambio en la relación que la persona establece con el mundo, un corte, donde la idea delirante sería aquella que el paciente elige para restablecer el contacto con la realidad (una neorealidad). Esta idea pasa a centrar su existir en forma global.

Por lo tanto, hablamos de delirium o experiencia delirante en el caso de las enfermedades agudas, y de delirio e idea delirante donde toda la personalidad está implicada y por ello se trata de psicosis crónicas.

Delirio Vivencia: en situaciones agudas el sujeto siente que le hablan o se sienten poseídos por un demonio.

Delirio Contado: el sujeto le da o intenta darle una cierta coherencia a esas vivencias.

Esto diferencia la situación aguda y la crónica.

Definición de Delirio

Son ideas delirantes, las que tienen las siguientes características:

- De carácter inflexible
- Suponen una ruptura histórica y biográfica: nada es igual luego de ellas.
- El sujeto tiende a organizar su vida, su forma de ser y estar en el mundo en función de esas ideas: se transforma en el eje de su vida
- Son muy difíciles de compartir (incompartibles)
- Son irreductibles a la lógica de las contra-argumentaciones
- Son incoercibles: se mantienen con una gran fuerza
- No son puestas en duda por elementos provenientes de la realidad (no se someten a críticas)

- Motivan conductas

- El sujeto es el protagonista de la idea delirante (le pasa a él, no a los otros)

Delirio: Se trata de una serie de ideas que no son compartibles, que son irreductibles a la lógica, que se defienden con mucho tesón y, lo que es más importante, que cambian la forma de ser y de estar de esa persona en el mundo.

Memoria

La memoria es la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia. Tiene 4 puntos esenciales:

1. Comprende varios procesos: entrada de información, registro y mantenimiento y salida de la información o conductas relacionadas de forma consciente con las inicialmente recibidas.
2. El registro y codificación comprenden mecanismos activos de transformación del contenido y a veces generan modificaciones sustanciales en la reproducción.
3. Se produce en estructuras nerviosas que vehiculan el proceso.
4. Forma parte del conjunto de la vida psíquica, siendo especialmente relevantes las emociones.

Bases de la memoria

- Aspectos socioculturales

En nuestro medio es frecuente que valoraciones de notable transcendencia, como exámenes, oposiciones y más aún el testimonio judicial, recaigan sobre el rendimiento de alguna forma de memoria. La memoria es un término muy común y un valor muy apreciado.

- Aspectos psicológicos

Podemos distinguir 3 conjuntos:

-Modelos longitudinales o modelos de compartimentos: diferencian varias etapas de la memoria, sobre todo las de breve y largo plazo.

-Modelos transversales o modelos de niveles de comunicación: el defecto del modelo anterior es que la distinción entre las diversas etapas no es siempre clara porque los sistemas de codificación intervienen desde el primer momento y son

esenciales en todo el proceso. Este modelo defiende que la memoria depende más de la profundidad de procesado o codificación que de las etapas o compartimentos. En relación con este modelo se distingue entre memoria episódica, a través de la cual recordamos dónde y cuándo ocurrió algo, y memoria semántica, referida al bagaje de palabras, símbolos verbales y relaciones semánticas.

-Modelos diversos:

-La psicología cognitiva habla de memoria constructiva para referirse a aquellos aspectos activos de la memoria que transforman el material cuando se almacena y se reproduce.

-Por otro lado, hay razones experimentales para pensar que los procesos de recuerdo (recall) e identificación (recognition) mantienen cierta independencia. Estos mecanismos son relevantes en los fenómenos de déjà vu (falso positivo) y jamais vu (falso negativo).

-Además podemos distinguir entre procesos automáticos y por esfuerzo activo. Diferencias de los primeros con los segundos es que utilizan poco caudal atencional, no interfieren en otras actividades cognitivas ni se benefician de la práctica. La afectación de uno u otro tipo de procesos varía según el cuadro.

Aspectos biológicos

Los fenómenos de la memoria involucran la estructura y función nerviosas:

-A nivel celular, las sinapsis electroquímicas intervienen en la memoria inmediata y la síntesis de proteínas y los cambios morfológicos hacen que la información perdure.

-A nivel neurofisiológico, se cree que la memoria inmediata radica en circuitos reverberantes corticosubcorticales. El hipocampo es necesario para la consolidación de casi todas las formas de memoria, excepto las habilidades

motrices y ciertos aprendizajes perceptivos básicos. El material verbal ocupapreferentemente el hipocampo izquierdo (dominante) mientras que el no verbal ocupa el derecho. Tambiénintervienen el fórnix, cuerpos mamilares y núcleo dorsal del tálamo. La lesión de este área produce elsíndrome amnésico. El almacenamiento depende del crecimiento físico de las neuronas y del aumento delnúmero de conexiones sinápticas. Russell propuso que la memoria episódica se aloja en el lóbulo temporal mientras que la semántica es más difusa. Es muy probable que la rememoración radique en estructuras corticales y subcorticales, como el sistema límbico.

–A nivel neuroquímico, se implica sobre todo la acetilcolina, y más recientemente la ACTH, MSH, endorfinas, vasopresina, oxitocina, opiáceos y sustancia P. Casi todos los psicofármacos, incluido el Cannabis, han sido acusados de producir algún problema de memoria. También se han involucrado los digitálicos, diuréticos, metildopa, antiinflamatorios y antibióticos.

Retención y olvido

Hay una serie de factores que favorecen la retención y el aprendizaje: nivel de conciencia suficiente, forma de aprendizaje, motivación, atención, organización del material que hay que memorizar (prosa > verso) y latonalidad afectiva. Los datos agradables se recuerdan mejor que los desagradables, y éstos mejor que los neutros. Además hay una variación circadiana de la memoria. La edad también influye: la capacidad amnésica crece desde la infancia hasta la adolescencia y decrece después, especialmente en la senectud. La capacidad de la memoria semántica puede aumentar a partir de la adolescencia. En el anciano hay dificultades de decodificación sensorial que se atenuan con un adecuado suministro de la información.

Hay 3 teorías principales respecto al olvido:

1. Desvanecimiento de la huella con el paso del tiempo. No explica todas las formas de olvido.

2. Teoría de la interferencia, basada en los efectos de proacción (efecto que el aprendizaje de un material produce sobre un segundo material) y retroacción (efecto que el aprendizaje de un segundo material produce sobre el primero).

3. Olvido motivado o represión. Esta teoría constituye uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis.

Freud propuso que algunas experiencias se olvidan porque son amenazantes y evocan ansiedad y son reprimidas y confinadas al inconsciente. Las huellas no son borradas pero se vuelven inaccesibles a la conciencia. Esta teoría es la que tiene mayor aplicación clínica, sobre todo en psicoterapia.

Exploración clínica de la memoria

Es útil para el diagnóstico y para el pronóstico proporcionando al paciente un mayor conocimiento de su situación. Por ejemplo, el patrón de la amnesia global transitoria es de mejor pronóstico que el de la enfermedad de Alzheimer.

Un esquema de exploración es ordenar los datos distinguiendo entre la información antigua (memoria remota) y la información nueva (memoria inmediata y memoria reciente).

1. La información antigua puede afectarse por factores emocionales y psicológicos en forma de lagunas selectivas (por ejemplo: olvida hablar de su primer matrimonio), lapsus (olvida el teléfono de su casa), equivocaciones orales (llama a su esposa por el nombre de su madre), distorsiones del recuerdo (afirma que se enfrentó a su jefe cuando en realidad fue éste quien le llamó la atención), y simulaciones (el alcohólico que al reincidir dice que aun médico, inexistente, le dijo que podía beber de nuevo).

También puede afectarse por alteraciones orgánicas cerebrales, se afecta tanto la información antigua como la nueva.

Las distorsiones psicológicas surgen en el marco de la entrevista pero para evaluar los patrones orgánicos de afectación de memoria remota es recomendable acudir a pruebas objetivas.

2. La información nueva puede alterarse afectándose sólo la información reciente y la información reciente y la inmediata a la vez. Nunca se altera sólo la información inmediata.

La memoria reciente se refiere a lo ocurrido o presentado varios minutos u horas antes. Interviene la función de consolidación, que al tener una localización bastante precisa puede tener trastornos específicos. Además suelen presentar alteraciones de la orientación espacial y temporal, que necesitan que la función retentiva esté íntegra.

La memoria inmediata se refiere a lo ocurrido o presentado unos segundos antes. Interviene la función de registro, que tiene una localización menos precisa porque depende del canal sensorial y del tipo de información. Se relaciona con las funciones de percepción, atención y conciencia, por lo que trastornos en éstas repercuten en este tipo de memoria.

3. En cuanto al método, el examen se puede realizar durante la entrevista sin test psicométricos, o con ellos para un estudio más detallado. En la entrevista hay 3 vías básicas para obtener información acerca de la memoria.
 - Lo que el paciente recuerda.
 - Lo que el paciente reconoce o identifica.
 - Lo que el paciente reproduce.

La memoria remota se examina a través de lo que el paciente recuerda e identifica. La memoria reciente se examina a través de lo que el paciente recuerda, identifica y reproduce. La memoria inmediata se examina a través de lo que el paciente identifica y reproduce.

Otros dos elementos de utilidad en la evaluación de los trastornos de la memoria son:

-la diferencia objetiva-subjetiva en la queja de la memoria.

-la reacción que manifiesta el paciente frente al trastorno: negación, reacciones catastróficas, confabulación ofabulación.

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Amnesia

Es un trastorno de la memoria que impide total o parcialmente memorizar (registro, retención y evocación)una información o un período de la vida del individuo.

Tipos

Según una clasificación cronológica:

Amnesia retrógrada

Es una pérdida de memoria que abarca el período previo a la aparición del trastorno, generalmente orgánico, que dio lugar a la amnesia. A menudo va acompañada de amnesia anterógrada.

Amnesia anterógrada

Es una pérdida de memoria que abarca el período consecutivo a la aparición del trastorno, generalmenteorgánico, que dio lugar a la amnesia. En todos los casos se afecta la memoria reciente (trastorno límbico).

Amnesia lacunar o localizada

Es una pérdida parcial de la memoria que abarca un período concreto. Se utiliza específicamente para laamnesia que el paciente guarda acerca de un período de

trastorno de la conciencia, como obnubilación, estado confusional o estado de coma.

Amnesias afectivas: por ansiedad, selectiva y psicógenas.

-amnesia por ansiedad: por la influencia de estado de ansiedad excesiva, pánico o tensión sobre la capacidad de fijación. El mecanismo está presumiblemente ligado al aumento brusco de la activación. Por otra parte, la ansiedad puede interferir con los sistemas de recuperación de las huellas ya fijadas.

-amnesia selectiva: pérdida parcial, como en la amnesia lacunar, pero en ésta la información olvidada es más sutil y significativa que brusca y global.

-amnesias psicógenas: similares a las selectivas, pero de mayor gravedad y aparatosidad.

Barbizet divide las amnesias en afectivas y orgánicas. Entre las orgánicas distingue entre axiales y corticales.

Amnesias axiales

Por lesiones de estructuras indispensables para memorizar y utilizar la información: sistema reticular ascendente y sistema límbico.

Amnesias corticales

Por lesiones de zonas de almacenamiento representadas por los engramas neuronales de la corteza de los dos hemisferios.

Formas clínicas específicas de amnesia

Puede ser parte esencial del cuadro clínico o incluso conferirle el nombre.

Amnesia global transitoria (AGT)

Amnesia aguda que durará varias horas (normalmente menos de 24) acompañada casualmente de otros trastornos neurológicos como hemiparesias. A menudo es un único episodio. Afecta más a varones. Hay:

- Una conservación de la memoria inmediata.
- Un trastorno grave de la memoria reciente, que ocasiona un notable cuadro de desorientación.
- Una amnesia retrógrada que abarca varias horas antes de iniciarse el cuadro.

Una vez terminado, el paciente no recordará lo sucedido durante el episodio (amnesia lacunar). Se cree que se debe a una disfunción hipocámpica transitoria por descargas del lóbulo temporal o alteraciones vasculares.

Amnesia postraumática

Es frecuente y de notable interés teórico. Se aprecia en los períodos de trastornos de conciencia, perdurados después y alcanza recuerdos anteriores al accidente. La duración de la amnesia postraumática anterógrada guarda relación directa con la gravedad de la lesión cerebral.

Amnesia psicógena

Es la incapacidad súbita de recordar información personal importante en ausencia de un trastorno orgánico cerebral. Puede ser localizada en un período de tiempo de horas o días o sistematizada (selectiva), que abarca ciertos sucesos, o generalizada, más rara vez. Con bastante frecuencia existen acontecimientos precipitantes.

Se pueden vislumbrar beneficios secundarios (conducta propositiva) más o menos ocultos.

Síndrome amnésico

Es el trastorno patrón de la memoria que aparece en la afectación de las bases límbicas de ésta. El prototipo es el síndrome de Korsakoff. Se compone de:

1. Conservación de la memoria inmediata.
2. Alteración de la memoria reciente.
3. Capacidad relativamente conservada de la memoria remota con la importante excepción de la presencia de amnesia retrógrada variable del período previo al trastorno.
4. Otras funciones cognitivas y personalidad relativamente intactas.

Hipermnesias

Es un incremento anormal, total o parcial, de la capacidad de memorizar (registrar, retener, evocar). Es preciso considerar la forma en que se ha codificado la información.

Paramnesias

Son distorsiones o errores de la memoria en grado patológico. Constituye un recuerdo deficitario y una rememoración o identificación distorsionada. Se pueden distinguir las paramnesias del recuerdo y las del reconocimiento.

-En las distorsiones del recuerdo se incluyen las transformaciones ideativas (es decir, de índole psicológica) que el individuo hace de situaciones o experiencias pasadas.

-En las paramnesias del reconocimiento se incluyen la reduplicación o paramnesia reduplicativa, los falsos reconocimientos, el déjà vu, déjà vécu o déjà entendu o sus opuestos jamais vu, jamais vécu, o jamais entendu.

Dos situaciones en las que hay una evocación gravemente distorsionada son:

-La confabulación, que es una falsificación de la memoria que aparece en un estado de conciencia lúcida y asociado a una amnesia orgánica. A menudo el trastorno desaparece a un ritmo similar, no idéntico, al ir mejorando la amnesia. Se distinguen 2 tipos:

-Cuando intenta rellenar los graves defectos de su memoria como excusando sus conductas y vivencias que ha olvidado.

-La que excede la necesidad de "relleno" y consta de relatos fantásticos.

La confabulación es patognomónica de la presbiofrenia.

-La pseudología fantástica es el relato falso incontrolado de historias fantaseadas, que llega a creerse, lo cuallo distingue del fenómeno de "soñar despierto". Es muy frecuente en las histerias y en los trastornos facticios.

Cabalgando entre la confabulación y la pseudología existe el término fabulación.

Psicopatología de la memoria en trastornos psiquiátricos y en la terapéutica

Trastornos orgánico-cerebrales difusos

En estos pacientes la memoria está siempre alterada, lo que es valioso para el diagnóstico.

En los cuadros agudos hay trastornos de conciencia, atención y a menudo percepción. Está afectada la memoria inmediata, reciente y remota. Pueden surgir falsas memorias, confabulaciones y falsas identificaciones.

En los cuadros crónicos el trastorno de la memoria suele ser de los primeros en aparecer. Al principio son despidetes y fallos intermitentes. Evolucionan con carácter larvado. A medida que avanza el cuadro, el paciente parece darse menos cuenta de sus trastornos, da a veces excusas superficiales y con frecuencia existe clara confabulación.

Depresión

Con cierta frecuencia los pacientes deprimidos se quejan de su memoria y a veces de modo prominente. Se ha atribuido a la acentuación de rasgos hipocondríacos y a efectos de la terapéutica. La propia depresión produce alteraciones variadas en la memoria, que incluso pueden remedar una demencia (Pseudo-demencia depresiva).

Hay dos repercusiones básicas de la depresión sobre la memoria: la distorsión y la merma.

-La distorsión es la deformación del recuerdo por las perspectivas melancólicas del paciente.

-La merma está bien documentada.

Esquizofrenia

Los pacientes esquizofrénicos que en su primer ingreso tienen un trastorno de memoria tienen un peor pronóstico. Hay un retardo en el procesamiento de la información posterior a la etapa periférica sensorial. Hay un déficit de codificación, tanto en agudos como en crónicos, y un déficit de post-codificación sólo observado en crónicos.

Terapéutica psiquiátrica

La terapia electroconvulsiva (TEC) y los psicofármacos pueden producir trastornos de la memoria.

Los datos objetivos no parecen demostrar ningún trastorno persistente de la memoria asociado a la TEC, pero las impresiones subjetivas de los pacientes han sido a veces discrepantes. El efecto terapéutico de la TEC no depende del efecto amnésico. La corriente de pulso breve y baja energía produce efectos amnésicos

mucho menores que la corriente sinusoidal de alta energía para igual eficacia terapéutica.

Las benzodiazepinas tienen ciertos efectos amnésicos. Los antidepresivos tienen un doble efecto: los de mayor actividad anticolinérgica presentan los primeros días un déficit de memoria inmediata y reciente, pero el efecto antidepresivo comporta el efecto recuperador de la memoria. Los antipsicóticos producen probablemente un efecto similar en la esquizofrenia. El litio se ha relacionado con trastornos parciales de la memoria.

Atención

La *atención* es la focalización de la conciencia (siempre la analogía es hacia la luz). Se trata de una "actividad direccional energizadora que participa y facilita el trabajo de todos los procesos cognitivos. En consecuencia la atención sería un mediador funcional indispensable de todos los procesos cognitivos, y además (esto es fundamental) no contiene información. Es el proceso encargado de la admisión (*input*) sistemática de los datos perceptuales en la conciencia".⁽³⁾ La amplitud de la aprehensión de objetos es variable, pero oscila en alrededor de 8.

Las *limitaciones atencionales* se deben a que no nos es posible tratar con más de un *input* (entrada) simultáneamente. De ahí que la función de la atención sea seleccionar datos. Y esta selección no es aleatoria, ya que puede ser "programada" para que se respeten ciertas preferencias que harán que se dé prioridad a ciertos estímulos y no a otros (teoría del filtro). Por ejemplo, el *umbral* de aprehensión de palabras conocidas es más bajo que para las desconocidas. Esto llevó a Treisman⁽³⁾ a definir la atención como un juego de elevación y descenso de umbrales (para la entrada de información).

La *capacidad de la atención* (Kahneman)⁽³⁾ se refiere a la distribución de la atención de acuerdo con los objetivos; los factores que influyen son:

- 1) *Disposición estable*: indica un sistema permanente de atención, de tipo involuntario, relacionado con las señales de peligro y situaciones donde se necesita una respuesta rápida del organismo.
- 2) *Objetivos transitorios*: la distribución de la atención se corresponde con necesidades transitorias, como el alimento cuando se tiene apetito o las señales de tránsito cuando se está manejando. Una vez satisfechas estas acciones, dichos estímulos pasan inadvertidos.
- 3) *Evaluación del esfuerzo*: el quantum de atención se regula de acuerdo con el esfuerzo y la duración que determina la tarea a realizar. El estudiar cuatro horas requiere una capacidad de atención distinta que mirar televisión una hora. Tampoco es igual la atención que se presta a una tarea muy conocida que a otra que se está aprendiendo.

4) *Nivel de arousal*: factores independientes influyen en el nivel de atención; como por ejemplo: el sueño, ciertas drogas, la fatiga, la hora del día, etcétera.

Para la Psiquiatría clásica existen dos tipos de atención: *espontánea y voluntaria*.

Es *voluntaria* cuando somos conscientes del esfuerzo que realizamos para mantener el foco de nuestra conciencia en un objeto determinado. Por ejemplo, al estudiar.

La *espontánea* es la que oscila de acuerdo con los estímulos exteriores. Es una especie de reflejo atencional. Un estímulo novedoso, un ruido inesperado, nos obliga a concentrar la atención en él. Está relacionada con nuestro sistema de alerta y nuestro sentido de preservación. Hay situaciones límites en las que este tipo de atención y los reflejos nos pueden salvar la vida.

La atención espontánea requiere un mínimo esfuerzo. La atención voluntaria requiere un gasto energético consciente.

Concentrarse es mantener la atención voluntariamente sobre un estímulo. Esta capacidad está disminuida en los estados depresivos, en la fatiga, en personas estresadas, en demencia, alteraciones de conciencia, etcétera. En estos casos la persona fácilmente cae en la *distracción*, durante la cual un estímulo distinto aparta la atención del objeto anterior.

Si el balance entre estos dos tipos de atención es el estándar para una situación dada, decimos que es *euproséxico*. El prefijo *eu* significa normal y *prosexia*, atención. En todo momento existe una mezcla de los dos tipos de atención. Por más concentrados que estemos en el estudio de un tema (atención voluntaria), un porcentaje de nuestra atención está captando el entorno (atención espontánea).

Si la atención está disminuida notablemente decimos que hay *hipoproséxia*.

La hipoproséxia se da, por ejemplo, en la depresión, donde la energía vital está disminuida, y dentro de ella, la capacidad de focalizar la conciencia sobre los objetos. El depresivo dice "Me cuesta mucho esfuerzo leer", "Me cuesta esfuerzo realizar tal tarea que antes la hacía automáticamente". El depresivo puede tener una hipoproséxia para los hechos del entorno, pero una hiperprosexia para las vivencias relacionadas con su

patología. En ciertos estados neuropatológicos, como en el coma, el nivel de atención tiende a cero, entonces se habla de *aproxexia*.

La *hiperproxexia* es una exacerbación de la atención voluntaria, que se da cuando el estado de alerta es muy alto. Por ejemplo, cuando vivimos un estado de peligro real o imaginario, o patológico como en el caso de los paranoicos, que están hiperatentos al objeto de su delirio.

La otra alteración de la atención, según la Psiquiatría clásica, es la llamada *paraproxexia*. Se trata de un desequilibrio en la mezcla de los tipos de atención. La atención espontánea está marcadamente exacerbada en detrimento de la atención voluntaria. Se da en la excitación psicomotriz y en consecuencia en la manía. El maníaco está tan acelerado que no puede mantener la atención voluntaria. Para mantenerla necesitamos esfuerzo y focalización. El maníaco no puede concentrarse. Los estímulos externos lo van llevando a que su atención salte de un estímulo a otro, sin poder detenerse en ninguno demasiado tiempo.

También la taquipsiquia se manifiesta en el discurso: una palabra en la frase lo lleva a otra frase (asociación por asonancia), que a su vez lo lleva a otra y así sucesivamente, produciéndose una locuacidad, que en caso de que el discurso sea muy confuso, se denomina *fuga de ideas*. Por eso no se puede tener un diálogo normal con un maníaco.

En los esquizofrénicos, el déficit cognitivo manifiesto puede deberse a una falla o disminución en el procesamiento de la información, a un fallo para poner en funcionamiento los recursos atencionales, y a una inadecuada distribución del esfuerzo atencional de acuerdo con los objetivos.

Inteligencia

El concepto de inteligencia ha sido y es motivo de discrepancias entre los psicopatólogos.

William Stern nos propone la siguiente definición: "La inteligencia es la facultad personal de adaptarse a nuevas exigencias, utilizando para ello adecuadamente las pautas del pensar de que disponga". Stern subraya tres elementos: 1. la facultad personal, 2. el uso adecuado de pautas del pensar, y 3. nuevas exigencias. O sea una aptitud personal solamente medible frente a situaciones que no sean rutinarias sino nuevas y que su mejor o peor calidad se muestra en el uso adecuado del pensamiento como medio.

O. Lipmann plantea "Inteligencia es la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos dados y elaborados con sujeción a determinadas metas". Para Lipmann lo que Stern llama uso adecuado, es la "captación objetiva" y la "elaboración metódica".

Wechsler en su obra "La medición de la inteligencia en los adultos" escribe: "Inteligencia es la facultad compuesta o global del individuo de actuar adecuadamente, pensar razonablemente y relacionarse efectivamente con su mundo circundante". El aporte nuevo de Wechsler está en el considerar la inteligencia como una facultad compuesta o global, señalando acá una diferencia de aspecto en el sentido de lo funcional y estructural. Según consideremos a la inteligencia en forma funcional -por su efecto- o estructural -por su forma interna-, se nos aparece en el sentido indicado (compuesta o global). Es global porque caracteriza la conducta del individuo como todo. Wechsler dice que la inteligencia es compuesta porque la investigación reciente ha podido aislar una serie de factores de inteligencia que son independientes. O sea que compuesta no quiere decir que la inteligencia es una combinación sumativa de determinadas habilidades individuales. Los resultados de rendimiento de una conducta inteligente no constituyen una simple función de la cantidad de habilidades especiales. Por lo tanto, el exceso en determinada habilidad, colabora relativamente poco en la conducta inteligente tomada en general. Sin duda, la

memoria como función accesoria es de significativa importancia para el dominio de ciertas situaciones vitales. Pero más allá de cierto punto ya no aportará gran cosa. Lo mismo sucede por ejemplo con el pensar lógico. Podemos resumir lo anterior diciendo que el efecto óptimo de las funciones individuales es determinado por la configuración formal que las abarca (HeinzRolf Lückert, 1965).

Hemos señalado los conceptos más relevantes en relación a la inteligencia. Revisemos ahora los procedimientos para poder evaluar esta capacidad que llamamos inteligencia. Los podemos reducir a dos categorías: los análisis factoriales y los análisis descriptivos.

I. Análisis factoriales: a comienzos de siglo Thorndike diferenció la inteligencia en tres tipos principales o factores de la inteligencia:

1. La inteligencia abstracta o verbal como habilidad en el uso de símbolos lingüísticos.
2. La inteligencia práctica como habilidad en el manejo de objetivos; y
3. La inteligencia social como habilidad en el trato con la gente.

Spearman plantea que las facultades intelectuales deben ser comprendidas como función de dos factores. De un factor general que es común a todas las facultades, y de un factor especial (o específico), que sirve de base a cada facultad individual. Correlacionando una gran cantidad de tests, confirmó la existencia de un factor general g en la inteligencia. Pero no prosiguió sus investigaciones para los factores específicos s .

Thurstone opuso a la teoría bifactorial de Spearman su teoría multifactorial. De los 13 factores que pudo establecer han adquirido especial importancia: el talento matemático, el lingüístico, el lógico y en segundo lugar, la velocidad de comprensión, la memoria y la representación espacial. Alexander confirmó en lo fundamental la teoría de Spearman. Señaló que entre la inteligencia práctica y verbal hay una correlación de 0,50, o sea que debe suponerse la existencia de un factor g .

Thomson y Thorndike sostienen que todos los resultados de los tests de medición provienen de una gran cantidad de factores elementales de talento, no determinados ni determinables con precisión, pero de los que se usan unos pocos.

O sea durante los tests de inteligencia no sabemos hasta qué punto las etapas individuales captan la inteligencia general y hasta qué otro los factores específicos.

II. Análisis descriptivo: desde este punto de vista se puede demostrar la existencia de importantes rasgos de conducta inteligente y talentosa que tienen especial relevancia en la práctica vital, y que van más allá de los planteados por el análisis factorial.

Heins-Rolf Luckert cita en su texto "La problemática del diagnóstico de personalidad" a Siegfried Behn, quien ha descrito los siguientes diez rasgos de la inteligencia y del talento:

A. Inteligencia táctica:

1. Sapiencia: gracias a la paciencia puesta en la laboriosa búsqueda de experiencias y gracias a la tenacidad, lograr el dominio de ciertas habilidades.
2. Múltiple: capaz de resolver variedad de situaciones que exigen un talento original directo y juicio maduro.
3. Sagaz: en situaciones sorpresivas localizar de inmediato la circunstancia decisiva y resolver con rapidez, con seguridad y con confianza la situación planteada tanto de palabra como de hecho.

B. Inteligencia teórica:

4. Seguro: captar en sus rasgos más significativos, a partir de un punto de vista apropiado para ello, una misión ya comprendida en general, para solucionarla con procedimientos lo más simple que sea posible.
5. Prudente: frente a una misión que exige juicio, tener la facultad de comparar valorativamente todos los aspectos que puedan favorecer su solución.
6. Crítico: la facultad de reconocer sin prejuicios el valor de cualquier objeto, y seleccionarlo diferenciadamente de otros objetos y valores.
7. Metódico: la facultad de reconocer claramente los caminos apropiados para la solución de la misión y proseguir planificadamente por ellos, incluyendo también soluciones transitorias.

C. Inteligencia práctica:

8. Experimentado: en cada situación y bajo cada circunstancia describir con

seguridad las virtudes y los defectos de los hombres y de las cosas que los rodean, evitar ensayos y pruebas inútiles al reconocerlos prontamente como tales.

9. Reflexivo: mantener la calma y quedar libre de pasiones, de prejuicios y de reproches - en situaciones peligrosas, apremiantes y contradictorias-, conservar fácilmente la clara y segura visión del observador y del juicio indubitable sobre lo que se debe hacer, dejar de hacer y el procedimiento a seguir en cada caso.

10. Ocurrente: incluso antes del juicio pensado y elaborado mediante la evaluación de las circunstancias, se verifica la afluencia de soluciones y objetivos de todo tipo, emergente de niveles inferiores del intelecto.

En la práctica clínica nos surge la necesidad de cuantificar el compromiso de la inteligencia y en lo posible determinar cuáles son los factores alterados. Tiene gran valor la aproximación descriptiva, en especial durante la entrevista clínica, o en condiciones en que la cuantificación de la inteligencia nos parece un detallismo innecesario. Pero en lo fundamental la inteligencia es una capacidad que desde un punto de vista psicopatológico corresponde a un instrumento del vivenciar que enriquece nuestra perspectiva clínica cuando los medimos y cuantificamos. Con la finalidad de que esta medición sea lo más objetiva posible, se han desarrollado pruebas de rendimientos estandarizados, denominados tests de inteligencia. Cabe agregar que este procedimiento es también fenomenológico en cuanto describe aunque en forma estandarizada la capacidad de este instrumento del vivenciar que llamamos inteligencia. Sin embargo, no siempre es necesario ni posible someter al sujeto a un test de inteligencia, por lo cual el clínico debe adquirir el máximo de destreza en la determinación del compromiso de la inteligencia, a través de la entrevista clínica. Ayuda a este adiestramiento el tener lo más claro posible los factores generales básicos de la inteligencia, entender de qué manera se cuantifican a través de los tests y entrenarse en extrapolar esta medición de rendimiento a la "situación de prueba" que es la entrevista clínica. En nuestro intento de ayudar al clínico en este adiestramiento, a continuación señalaremos los factores que nos parecen básicos en la medición de la inteligencia, en seguida analizaremos el test de Wechsler en esta perspectiva, mostrando finalmente cómo estos factores se pueden apreciar en la entrevista clínica.

Como definición básica, nos parece que Lipmann apunta a lo esencial de la inteligencia: "es la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos dados y elaborados con sujeción a determinadas metas". Esta misma definición se puede expresar como que "la inteligencia es la capacidad operatoria de trabajar con la ayuda de esquemas cada vez más complicados y móviles, conforme a un plan lógico en la resolución de un problema". Así entonces, en la intelección, comprensión y solución hay dos estructuras que se complementan. Por una parte el dominio de la capacidad de esquematización del pensamiento (que los gestalistas llaman la puesta en forma) y por otra parte un sistema en cierto modo legislativo de las reglas del conocimiento (razonamiento, lógica). Estas dos estructuras complementarias constituyen dos grados de formación y de funcionamiento de la inteligencia. Al primer grado corresponde lo que en materia de inteligencia animal se llama aprendizaje y memoria asociativa, y que en los hombres Piaget ha llamado mecanismo de asimilación. Es análogo a lo que quiere denominar Lipmann como "la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos". El segundo grado corresponde al área del juicio y de las relaciones lógicas, entendidas como las reglas del saber y del conocimiento de la verdad bajo su aspecto "normativo". Esta es "la elaboración de los contenidos con sujeción a determinadas metas" o sea con una metodología, y por ende con una normatividad.

En resumen, podemos afirmar que los dos factores fundamentales de la inteligencia son la capacidad de asimilación y la capacidad de operación lógica.

B. Test de Wechsler

A continuación describiremos el test de Wechsler y ordenaremos sus pruebas en torno a estos dos factores básicos: asimilación y razonamiento lógico. Siguiendo de cerca el análisis hecho por David Rapaport en su texto "Test de diagnóstico psicológico", el test de Wechsler está dividido en dos subtests: Subtests verbales y subtests manuales. Los subtests a su vez se pueden dividir de la siguiente manera:

I. <i>Subtests verbales:</i>	a) Subtests esencialmente verbales.	1. Vocabulario 2. Información 3. Semejanzas 4. Comprensión
	b) Subtests de atención y concentración	1. Aritmética y 2. Dígitos
II. <i>Subtests manuales:</i>	a) Subtests de coordinación	1. Ensamblajes visomotora 2. Construcción de cubos 3. Símbolos de dígitos
visual	b) Subtests de organización	1. Ordenación de historias 2. Completación de figuras

- Subtests verbales:

a) Subtests esencialmente verbales:

* Vocabulario: el examinador solicita al paciente qué quieren decir las siguientes palabras, por ejemplo: Carne, Rebanada, Compasión, Osado, Tangible, etc. Como señala Rapaport, este subtest examina el caudal "adquirido" automática-mente en el curso de una maduración sin trabas de la "dotación natural". El vocabulario refleja la educación y ambiente de los primeros años, así como también la escolaridad y experiencias posteriores; señala la receptividad hacia nuevas ideas e informaciones y la capacidad para almacenarlas y agruparlas asociativamente con arreglo a las exigencias de las ocasiones. "Por inferencia, indica la capacidad de clasificación, conceptualización" (Hermosilla, 1978). Mide fundamentalmente la capacidad de asimilación.

* Información: se le pide al paciente que responda preguntas, que solicitan información de diverso tipo, que se supone un sujeto ha almacenado a través de su relación con el ambiente que lo rodea. Por ejemplo: ¿Cuáles son los colores de la bandera chilena? ¿Qué es el Vaticano? ¿A que tº hierve el agua?, etc. Este subtest examina la memoria, en especial la memoria remota. La dotación y la riqueza del medio original no lo condicionan tanto como el subtest de vocabulario. Éste puede enriquecerse mediante la instrucción y la experiencia. Este subtest también mide fundamentalmente la capacidad de asimilación.

* Semejanzas: de dos palabras relacionadas entre sí, el paciente debe encontrar

qué es aquello que tienen en común. Por ejemplo: Hacha-sierra; Huevosemilla; Elogio-castigo; Mosca-árbol, etc.

Este subtest examina la capacidad de relación y asociación, al evaluar la formación de conceptos verbales. Según Rapaport, un concepto posee una "esfera propia y un contenido". La "esfera propia" del concepto está compuesta por todas las cosas que presentan aquellas cualidades denotadas por el concepto. El "contenido" es la suma de las cualidades comunes a los objetos de la esfera. Por ejemplo: el contenido del concepto fruta es que es un producto natural, que puede comerse, que proviene de los árboles, etc. La esfera del concepto fruta está representado por una naranja y un plátano. El subtest de semejanzas plantea dos cosas dadas que constituyen la esfera de un concepto. El sujeto debe descubrir el contenido y denominarlo. Si el paciente se toma de un rasgo específico común de las cosas en cuestión y lo convierte en "contenido" relacionante, por ejemplo: naranja y plátano "las dos tienen cáscaras", quiere decir que se mueve en el plano concreto. Si se toma de la función que cumplen ambas cosas y la convierte en "contenido" relacionante, por ej.: naranja-plátano "las dos se comen", quiere decir que se mueve en el plano funcional.

Si el sujeto considera que ambas cosas son un producto natural, que puede comerse, que provienen de los árboles, usa entonces un término genérico que abarca todas estas características esenciales que las cosas tienen en común y lo convierte en "contenido" relacionante -por ej.: naranja-plátano "las dos son frutas"- , quiere decir que se mueve en el plano conceptual abstracto. Esta prueba evalúa fundamentalmente la capacidad de conceptualización. El proceso de conceptualización es un proceso analítico-sintético que se realiza siguiendo las leyes lógicas. O sea es una prueba que mide la capacidad de operación lógica de la inteligencia.

* Comprensión: consiste en treinta preguntas, para cuyas respuestas no se necesitan ni conocimientos ni vocabulario especial. Ejemplos: ¿Por qué lavamos la ropa?, ¿Por qué debe la gente pagar los impuestos?, ¿Por qué los sordos de nacimiento se quedan, por lo general, sin hablar? Este subtest examina el juicio. Éste se expresa en una respuesta apropiada y pertinente ante una situación dada.

Darse cuenta de qué es lo apropiado, atinado o pertinente en una situación no requiere sólo de información; necesita además de una capacidad de detección, de captación sutil, que es predominantemente afectiva y emocional. Es esta disposición afectiva y emocional la que permite seleccionar la información adecuada, relacionarla, rechazar lo accesorio y resaltar lo importante de la solicitud hecha. Este subtest mide fundamentalmente la capacidad de asimilación, pero en este caso lo que podríamos denominar asimilación emocional más que intelectual.

b) Subtests de atención y concentración: estos 2 subtests no los describiremos acá, ya que si bien son indispensables para un buen funcionamiento de la inteligencia, la atención y la concentración las tratamos en un capítulo aparte.

- Subtests manuales:

a) Subtests de coordinación visomotora:

* Ensamblajes: se le entregan las piezas de un muñeco, un perfil, una mano y un elefante, las que el sujeto debe ir ensamblando.

Este subtest mide la capacidad de anticipar la figura total a partir de partes de ella. En otras palabras la capacidad de asociar uno o algunos detalles, con un conjunto final al que éstos apuntan. Mide la capacidad de asociación o "memoria asociativa". Corresponde a la capacidad de asimilación de la inteligencia, asimilación de figuras globales relacionadas con las partes que las constituyen.

* Construcción de cubos: con cubos cuyas caras están igualmente coloreadas, el paciente debe reproducir un diseño geométrico. Las caras de los cubos son blancas, rojas, mitad blanca y mitad roja.

Frente al diseño geométrico que debe reproducir, el paciente realiza dos operaciones: una analítica y otra sintética. Estas etapas se hallan entrelazadas. Los modelos exhibidos deben ser "descompuestos" por los sujetos escogiendo unidades equivalentes a las caras de las piezas, a fin de reconstruirlos a partir de dichas caras.

Este subtest mide la capacidad de análisis y síntesis. El análisis consiste en la capacidad de ver el diseño constituido por cubos, y la síntesis, en la capacidad de ver los cubos como constituyentes del diseño. Los procesos de análisis y síntesis

son fundamentalmente de razonamiento y abstracción, siguiendo las leyes de la lógica y por ende respetando el principio de no contradicción. Este subtest mide la capacidad de operación lógica de la inteligencia.

* Símbolos de dígitos: este subtest mide fundamentalmente psicomotricidad, que si bien es condición necesaria para un funcionamiento óptimo de la inteligencia, en sí misma corresponde a otro capítulo de la psicopatología.

b) Grupo de organización visual:

* Ordenación de historias: hay que ordenar en una sucesión significativa una serie de dibujos. Intervienen dos momentos en el desarrollo de este subtest. Un momento analítico-sintético para focalizar la atención en lo importante y marginar lo accesorio. Por ejemplo, los elementos esenciales en la sucesión de dibujos en que dos niños pelean e interviene un adulto, son: la riña, la revista, la reconciliación, el adulto.

Una vez captado lo esencial, viene un segundo momento, de anticipación, que consiste en imaginar qué situación correspondería antes o después, en relación al detalle esencial de este dibujo. Esta anticipación es una suposición abstracta que sigue las reglas del pensamiento lógico, del razonamiento deductivo e inductivo. En el ejemplo, el sujeto una vez que ha localizado su atención en la riña, la revista, la reconciliación y el adulto, organiza la secuencia a través de anticipar qué corresponde antes y después desde una perspectiva lógica; así concluye que los niños pelean por una revista, interviene un adulto y los reconcilia.

Este subtest mide fundamentalmente la capacidad de razonamiento lógico de la inteligencia.

* Completación de figuras: este subtest mide fundamentalmente la concentración. El de aritmética lo hace sobre patrones interiorizados, éste lo hace sobre modelos externos. Esto será tratado en el capítulo sobre psicopatología de la atención y concentración.

En resumen. El test de Weschler mide el rendimiento inteligente. Algunos de sus tests, como los de aritmética, dígitos, completación de figuras y símbolos de dígitos, son menos específicos de la inteligencia y creemos que deben ser abordados en relación a la psicopatología que evalúan. El resto son más

específicos en cuanto ponderan aspectos más consustanciales a la inteligencia. Para aproximarnos a una evaluación de los aspectos propios de la inteligencia, consideraremos entonces los siguientes subtests:

- a) Subtests verbales: Información Comprensión Semejanza Vocabulario
- b) Subtests de coordinación viso motora: Ensamblaje Construcción de cubos
- c) Subtest de organización visual: Ordenación de historias

Centrándonos en el análisis de los subtests específicos de inteligencia podemos afirmar que:

1. Evalúan fundamentalmente la capacidad de asimilación de la inteligencia los siguientes Subtests: Vocabulario Información Comprensión Ensamblaje

2. Evalúan fundamentalmente la capacidad de operación lógica los siguientes subtests: Semejanzas Construcción con cubos Ordenación de historias

La inteligencia es una capacidad mensurable. Mientras más objetiva sea su evaluación, mayor utilidad nos prestará en el trabajo clínico. En este sentido la aplicación de tests estandarizados es una herramienta de primera línea. Sin embargo, es útil que el clínico se oriente previamente a grosso modo sobre el estado de la inteligencia de un paciente para confirmar si se justifica o no un examen más exhaustivo de ésta a través de un test. Este es el objetivo principal del capítulo. Nos interesa que el terapeuta, más que dominar el uso y la aplicación de un determinado test de inteligencia, pueda evaluar a través de la entrevista y de la relación con el paciente su inteligencia. Por eso hemos revisado el test de Wechsler en una perspectiva circunscrita. Hemos descrito aquellas pruebas que ilustran las variables fundamentales de la inteligencia que el clínico debe saber buscar en su relación con el paciente.

Decíamos que los dos factores fundamentales de la inteligencia son la capacidad de asimilación y la capacidad de operación lógica. La capacidad de asimilación es evaluada en el Wechsler a través de las pruebas de: Vocabulario, Información, Comprensión y Ensamblaje.

El vocabulario examina el material adquirido automáticamente en el curso de la maduración, apreciablemente influido por la riqueza experiencia] en relación al ambiente infantil. La información también evalúa el material adquirido, pero éste

no está tan condicionado por el medio original. Puede enriquecerse mediante la instrucción y la experiencia. La comprensión mide capacidad de asimilación, pero es una asimilación más bien afectiva que intelectual. Los ensamblajes evalúan la capacidad asociativa, que es una función relacionada con el material ya adquirido; por eso se dice que examina memoria asociativa.

En resumen, el factor de asimilación de la inteligencia que mide el Wechsler, se muestra en la capacidad para adquirir material automáticamente durante el desarrollo y a través de refuerzo y experiencia más tarde. Internalizar un caudal de pautas, actitudes y procedimientos en relación a la compleja interacción social, e incorporar figuras globales relacionadas con los detalles que las constituyen.

La capacidad de razonamiento lógico es evaluada en el Wechsler a través de las pruebas de: Semejanzas, Construcción con cubos y Ordenación de historias.

Las Semejanzas evalúan la capacidad de organización verbal, la cual se realiza a través de un proceso de análisis y síntesis, siguiendo las leyes del razonamiento lógico. La construcción con cubos examina la capacidad de organización visual, la cual se realiza a través de un proceso de análisis y síntesis siguiendo también las leyes del razonamiento lógico. La ordenación de historias evalúa la capacidad de abocarse a lo esencial, como de imaginar soluciones hipotéticas, midiendo así la capacidad de deducción-inducción y de análisis-síntesis, las cuales siguen las leyes del razonamiento lógico.

En resumen, el factor de razonamiento lógico de la inteligencia que mide el Wechsler se muestra en la capacidad de abstracción a través de procedimientos de análisis-síntesis y de deducción-inducción.

C. Evaluación de la inteligencia a través de la entrevista

Trataremos ahora de señalar en forma muy somera y a modo de ejemplo, cómo estos dos factores de la inteligencia, capacidad de asimilación y capacidad de razonamiento lógico, se pueden evaluar en la interacción con el paciente, ya sea en entrevistas clínicas o sesiones de psicoterapia.

El manejo del lenguaje es un índice significativo de la capacidad de asimilación de la inteligencia. La riqueza de palabras junto al uso adecuado de lo que ellas connotan son una expresión valiosa de la capacidad de asimilación. Otra variable

importante que mide capacidad de asimilación es el modo en que el sujeto maneja la información respecto a los hechos que tienen relación ya sea con el motivo de consulta, con su enfermedad, con sucesos importantes en su familia o ambiente social, y con cualquier asunto que mida la habilidad para incorporar información esencial.

Durante la entrevista, también se puede examinar la capacidad de juicio. El tino que muestra el paciente frente a las circunstancias del momento, en la relación con el terapeuta, o frente al grupo. Cómo enjuicia su estado actual, y la situación misma de tratamiento. El criterio con que ha enfrentado las relaciones sociales, familiares y de trabajo, ya sean éstas interrogadas por el terapeuta o descritas espontáneamente por el paciente. La memoria asociativa, en cuanto capacidad de relacionar automáticamente detalles con figuras globales previamente asimiladas y viceversa, se puede apreciar en el desarrollo de las ideas del paciente. Cómo una pregunta o un recuerdo, lo lleva a comunicar un todo importante en relación al objetivo de la entrevista. O, al revés, cómo desde una situación global asocia detalles significativos cuya precisión resulta importante.

La capacidad de razonamiento lógico se puede evaluar durante la entrevista observando la habilidad del sujeto para coger lo sustancial de un asunto y marginar lo accesorio. Otro índice de la capacidad analítico-sintética del paciente es la habilidad con que pueda describir un todo separando cada una de las partes que lo constituyen, y cómo este mismo asunto lo puede reconstruir desde otra óptica, sin que pierda su coherencia. La capacidad de abstracción que siguen las leyes del razonamiento lógico se aprecia con nitidez a través de la habilidad inductiva y deductiva. En qué medida el paciente es capaz de construir hipótesis, o sea, extrapolar leyes generales a partir de hechos particulares o de concluir leyes particulares de hechos generales, durante la entrevista, ya sea en relación a sus conflictos o a asuntos planteados por el terapeuta.

Es importante que el clínico afine su capacidad de observación de la conducta inteligente que se da en la relación con el paciente. Le da una visión psicopatológica más integral sin necesidad de recurrir a una evaluación instrumental, recurso que, además de no estar siempre disponible, implica las

desventajas de someter al paciente a un "examen", situación que en lo posible debe tenderse a evitar, con el objeto de establecer una mejor relación terapéutica. Algunos psiquiatras evalúan la inteligencia durante la entrevista, haciendo preguntas directas de rendimiento. Propondremos una modalidad de test abreviado, ya que en algunas situaciones clínicas suele ser de utilidad. Nos hemos basado en las pruebas que propone el Dr. Guillermo Sura B. en el capítulo 7, Historia Clínica y Examen Mental, del texto Psiquiatría de Gomberoff-Jiménez. Es obvio que el uso indiscriminado de éste en toda entrevista conlleva al mismo riesgo de instrumentalización que el pasar el test completo, con el agravante de que es el mismo terapeuta a cargo del paciente quien lo ejecuta, y no otro profesional como habitualmente se hace cuando se solicita el test psicométrico. Muchas de las preguntas de rendimientos propuestas son análogas a las del test de Wechsler, pero no las mismas, con el fin de evitar que el paciente se familiarice con éstas, ya que en caso de ser necesaria la administración del test, éste se verá afectado.

Siguiendo el esquema de análisis de la inteligencia que hemos propuesto. dividimos estas pruebas en dos grupos, las que miden capacidad de asimilación, y las que miden capacidad de razonamiento lógico.

- Pruebas que miden capacidad de asimilación:

a) Vocabulario: Defina:

- * burro
- * piel
- * plural
- * microscopio
- * mensaje
- * dilatorio

b) Información:

- * ¿Cuántos huevos trae la docena?
- * Diga las 4 estaciones del año.
- * ¿A qué temperatura se congela el agua?
- * ¿Quién es el presidente de Chile?

- * ¿Qué se celebra el 18 de septiembre?
- * ¿Qué distancia hay entre Santiago y Temuco?
- * Nombre 5 ciudades más importantes de Chile.
- * ¿Qué es un barómetro?
- * Nombre 5 continentes.

c) Comprensión:

- * ¿De qué color era el caballo blanco de Napoleón?
- * ¿Qué pesa más: 1 kg. de lana o 1 kg. de plomo?
- * ¿Por qué existen los colegios?
- * ¿Por qué se pagan imposiciones?
- * ¿Por qué son necesarias las leyes?
- * ¿Por qué se deben mantener las promesas?

- Pruebas que miden capacidad de razonamiento lógico:

a) Semejanzas: En qué se parecen, o qué tienen en común:

- * manzana - plátano
- * periódico - radio
- * bicicleta - avión
- * poesía – estatua
- * alegría – tristeza

b) Diferencias: En qué se diferencian:

- * río – laguna
- * buey – caballo
- * enano – niño
- * error – mentira
- * avaricia – economía

c) Proverbios: ¿Qué quiere decir la gente cuando dice?:

- * "Más vale un pájaro en la mano que cien volando".
- * "Camarón que se duerme se lo lleva la corriente".
- * "Cuando el río suena, es que piedras trae".
- * "En casa de herrero cuchillo de palo".

Este examen de rendimiento es útil bajo ciertas circunstancias. Cuando se

requiere una evaluación rápida aunque sea grosso modo. Con el fin de adquirir cierta destreza y familiaridad con las variables fundamentales de la inteligencia a través de un esquema ordenado, en profesionales que comienzan su formación. Para demostrar a través de ejemplos, aspectos psicopatológicos de la inteligencia, con una finalidad docente. Sin embargo, queremos enfatizar la conveniencia que tiene para la relación terapéutica el poder hacer una evaluación de la inteligencia del sujeto a través de la relación de comunicación establecida en la sesión o entrevista, evitando un interrogatorio dirigido. Esta habilidad se adquiere conociendo las variables fundamentales que constituyen la inteligencia y aprendiendo a reconocerlas en la interacción con el paciente, objetivo que hemos intentado cumplir someramente en este capítulo.

2.2. PSICOPATOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA

En casi todos los textos de psicopatología y psiquiatría se reduce la psicopatología de la inteligencia a las oligofrenias. Incluso algunos usan el término oligofrenia en un sentido psicopatológico amplio, para referirse a diversos compromisos de la inteligencia. Este enfoque nos parece confuso ya que este término tiene una connotación nosológica o sindromática y no de síntoma psicopatológico. Fieles al punto de vista fenomenológico, proponemos llamar Retardo Mental, ya sea mínimo, leve, moderado, severo o profundo, al compromiso psicopatológico de la inteligencia, independiente de su etiología: y oligofrenias al cuadro clínico nosológico o sindromático. Evitamos así una confusión entre psicopatología y nosología psiquiátrica. Por lo mismo, la descripción psicopatológica de cada uno de los trastornos de la inteligencia se hará en relación a los factores fundamentales de la psicología de la inteligencia, vale decir, su capacidad de asimilación y de razonamiento lógico. No será una descripción de las oligofrenias, cuadro clínico con una serie de otros compromisos además de la inteligencia. Otra forma de alteración psicopatológica de la inteligencia es el deterioro. Es un trastorno de la inteligencia que aparece una vez que el sistema nervioso ha logrado su completo desarrollo, a diferencia del RM que se presenta antes de que el SNC esté completamente maduro. Este límite se considera alrededor de los 4-6 años; sin embargo, el DSM III, llama oligofrenia a los trastornos de la inteligencia

anterior a los 18 años, y sugiere hacer ambos diagnósticos. demencia y oligofrenia a pacientes que teniendo una inteligencia previa normal, si se les compromete antes de los 18 años.

El compromiso precoz de la inteligencia o retardo mental, y el compromiso tardío de la inteligencia o deterioro son las dos formas psicopatológicas bajo las cuales resulta conveniente clasificar los trastornos de la inteligencia.

A. RETARDO MENTAL O COMPROMISO PRECOZ DE LA INTELIGENCIA.

Citamos casi textualmente a David Wechsler, "La Medición de la Inteligencia Adulta—. 1964.

Se ha expresado el grado de inteligencia por un valor que se llamó edad mental. Ésta equivale al grado de madurez intelectual típico de cada edad cronológica. La edad mental es un puntaje basado en el rendimiento de una prueba de desarrollo mental, y que se determina por el nivel de dificultad que es capaz de resolver el sujeto en las pruebas del test. Esto significa que si un niño sólo pasa los ítems correspondientes al promedio de los 10 años, tendrá un puntaje correspondiente a 10 años de edad mental, independientemente de su edad cronológica real. El niño estrictamente normal tendrá una edad mental igual a su edad cronológica. Si su edad mental es mayor que la cronológica, será de inteligencia superior al promedio, y si la primera es inferior a la segunda, habrá retardo en su desarrollo intelectual, es decir, su inteligencia será inferior a lo normal. Por lo tanto, la diferencia entre la edad mental y la cronológica indica el grado de avance o retardo mental. Se consideran anormales los niños que presentan un retardo mental de 2 años o más a la edad de 9, y de más de 3 años a la edad de 12. La Edad Mental no es un índice de brillo o torpeza intelectual. El rendimiento de una persona sólo puede considerarse brillante o torpe si podemos compararlo con el rendimiento de los otros individuos de su misma edad.

Para indicar el grado de inteligencia se usa el cociente intelectual (CI), que es el cociente entre la edad mental y la cronológica. Según esto, un niño de 10 años con una E.M. de 8, tendrá un cociente de inteligencia igual a 0,80 siendo de 1,00 el cociente estrictamente normal o típico, cuando ambas edades son iguales.

En la práctica estos cocientes se expresan en números enteros en vez de

decimales. Así los arriba mencionados se expresarían por 80 y 100, respectivamente.

$$CI = \frac{EM \times 100}{EC}$$

EC

Por consiguiente, el coeficiente intelectual es un puntaje obtenido a base del rendimiento de un individuo en una prueba de inteligencia y que permite compararla con individuos de su mismo grupo.

El CI tiene las ventajas de indicar la capacidad mental más o menos de una manera absoluta, pudiendo compararse directamente un CI con otro. CI iguales representan grados iguales de potencia intelectual, tanto que la edad mental o el número de años de retardo no nos da una idea exacta del grado de inteligencia sin que conozcamos al mismo tiempo la edad cronológica.

- Retardo Mental mínimo. CI 71-85: la gran limitación es la pobreza de pensamiento abstracto. Son muy funcionales y concretos en su razonamiento. En medios socioculturales de poca exigencia intelectual, es frecuente que pasen desapercibidos.

Adolecen de matices elaborados y profundos, caracterizándose por la simpleza y la superficialidad.

- Retardo Mental leve. CI 50-70: el paciente carece de pensamiento lógico-abstracto, son incapaces de deducir o de inducir, o de llevar a cabo procesos de análisis o síntesis. Si logran alcanzar una idea abstracta, ésta es muy limitada, malformada, y ligada a aspectos concretos y reales de la experiencia. Es lento en percibir los objetos que le rodean y en entender las órdenes que le dan, llevando a cabo captaciones aselectivas, sin distinguir lo esencial de lo accesorio. Son muy dependientes del ambiente.

En relación al lenguaje, muestran un pobre caudal de palabras, con capacidad de comunicar deseos y afectos, pero con simpleza y superficialidad.

- Retardo Mental moderado. CI 35-49: muy deficiente intelectualmente. No logra más que un pensamiento muy concreto, siendo incapaz de concebir conjuntos o elevarse desde una serie de observaciones particulares a un principio general. El

nivel de lenguaje es muy pobre vocabulario restringido a términos corrientes, que son empleados en una sintaxis elemental.

Este lenguaje lo usan para pedir lo que necesitan, escasamente para expresar afecto. Entienden las situaciones de peligro y se protegen.

- Retardo Mental severo. CI 20-34: este compromiso es global y acentuado.

Caminan, tienen hábitos alimenticios elementales, con control ocasional de esfínteres. Su lenguaje es a base de palabras o frases simples. A veces meros gritos. Debido a su capacidad de comprensión rudimentaria, pueden obedecer ocasionalmente órdenes sencillas e inmediatas. No entienden las situaciones de peligro como tales, salvo los elementalísimos como el fuego, por ejemplo.

- Retardo Mental profundo. CI menor de 20: caracterizado por la carencia o casi inexistencia de vida psíquica. Puede detectarse una vida vegetativa o unos actos elementales que surgen ocasionalmente y que hacen suponer una edad mental correspondiente a algunos meses. La mayoría se muestra desconectado del medio ambiente.

- Puerilismo: los rendimientos intelectuales del paciente corresponden a los de un niño.

El compromiso es transitorio dado que el cuadro es funcional. Corresponde a una de las formas de presentación del Síndrome de Ganser. Sus rendimientos intelectuales están groseramente distorsionados, muy contradictorios y disarmónicos.

Ejemplo:

Un paciente que desempeñaba un cargo público de alto nivel, reacciona con crisis regresivas en las cuales su discurso es el propio de un niño de dos años, con un lenguaje elemental ~ balbuceante. El cuadro se inicia en relación a un súbito aumento de responsabilidades familiares.

B. DETERIORO O COMPROMISO TARDÍO DE LA INTELIGENCIA.

La palabra deterioro introducida en la psiquiatría por Kraepelin es hoy día ampliamente usada. Algunos la usan para señalar múltiples estados de déficit, pero en general existe consenso en considerarlo un término que implica déficit intelectual. El concepto de deterioro se ha visto enriquecido por la psicometría.

Binet es el primero -año 1908-, en señalar que entre los dementes, la lectura y el vocabulario son mejor conservados que el cálculo. En 1920 Yoakum y Yerkes correlacionan el declinar de la inteligencia con la edad. Se empieza a hablar de un deterioro fisiológico debido al transcurso de los años. Numerosos autores ponen en evidencia que el fracaso frente a los tests verbales es muy lento o casi inexistente, y sin embargo, los otros tests se comprometen substancialmente. Se concluye que el deterioro fisiológico debido a la edad influye en los resultados de ciertos tests y no de otros. En 1930 Babcock introduce un nuevo postulado: "El deterioro mental patológico tiene la misma acción sobre la eficiencia intelectual que el deterioro fisiológico. Respetan los tests de inteligencia estables en el curso del envejecimiento, y comprometen los mismos tests que se alteran con el peso de los años". Este postulado es reafirmado en 1939 y en 1958 por Wechsler, quien hace una distinción entre los tests que se conservan en el deterioro fisiológico y/o patológico y aquellos que no se conservan.

En el Wechsler, los tests que se conservan son los siguientes: Vocabulario Información Ensamblaje Completación de figuras. Los tests que no se conservan: Dígitos, Semejanzas Símbolos de dígitos Cubos.

Wechsler propuso un método para calcular el deterioro de un paciente, hasta hoy ampliamente usado. Es un cociente entre la diferencia de puntajes obtenidos en los tests que se conservan y los tests que no se conservan, multiplicado por 100 para llevarlo a porcentaje. O sea:

$$\frac{\text{Cálculo del Test que se conservan} - \text{Test que no se conserva}}{\text{Tests que se conservan}} \times 100 = \text{deterioro}$$

Hay un porcentaje de deterioro normal que aumenta con la edad: el valor medio es de 0 a los 24 años, 16% a los 59 años, etc. A los 65 años la media de CI es la de un niño de 11 a 12 años. Cuando el deterioro total de un sujeto es superior al deterioro normal para su edad, éste es un deterioro patológico. Cuando el sujeto tiene un deterioro total mayor en un 20% en relación a lo que corresponde a su edad, quiere decir que la influencia del deterioro patológico es manifiesta.

Si bien el deterioro fisiológico y el deterioro patológico tienen los mismos efectos desde el punto de vista psicométrico, sin embargo es evidente que esta

correspondencia no implica que ambos deterioros sean cualitativamente idénticos. Clínicamente es distinto el deterioro de un anciano normal comparado con igual compromiso en un sujeto joven.

Hemos hecho estos alcances sobre la psicometría del deterioro con el fin de ilustrar lo mejor posible el concepto. Sin embargo, sucede acá algo semejante a lo que mencionábamos en relación a la medición de la inteligencia. No siempre tenemos la posibilidad de medir psicométricamente el deterioro, y por otro lado el clínico debe afinar su capacidad para detectarlo, y describirlo a través de la entrevista.

Los subtests de Wechsler que miden CI, los ordenábamos en relación a lo que consideramos son los dos factores fundamentales que constituyen la conducta inteligente.

1. Subtests que miden fundamentalmente capacidad de asimilación: Vocabulario Información Comprensión Ensamblaje

2. Subtests que miden fundamentalmente capacidad de razonamiento lógico: Semejanzas Construcción con cubos Ordenación de historias

Los subtests que miden fundamentalmente capacidad de asimilación están incluidos en el grupo que Wechsler considera tienden a conservarse con el deterioro. Y los subtests que miden fundamentalmente capacidad de razonamiento lógico están incluidos en el grupo de los que no se conservan con el deterioro.

En otras palabras, la capacidad de asimilación de la inteligencia y todo el material que con ella se adquirió tiende a conservarse a pesar del deterioro. No así la capacidad de razonamiento lógico, que se compromete rápidamente con el deterioro. Este concepto es similar al desarrollado por Cattell (1943) y posteriormente por Eysenk que plantean que existen 2 tipos de capacidad mental adulta; "fluida" y "cristalina". La primera se basa en la capacidad de percibir nuevas relaciones y la segunda, en hábitos establecidos desde la infancia en un campo concreto que ya no requieren una "profunda percepción para su operación exitosa". La primera declina con el deterioro, mientras que la segunda tiende a mantenerse.

Será de gran utilidad clínica el poder apreciar fenomenológicamente a través de la

relación de entrevista, el estado actual de ambas capacidades. Un sujeto que maneja bien un rico vocabulario, un buen nivel de información, un juicio atinado y es capaz de asociar desde los detalles el conjunto y viceversa, pero que sin embargo es concreto en sus análisis, y no es capaz de deducir ni inducir conclusiones satisfactorias en relación a lo que surja en la entrevista, quiere decir que sufre un proceso de deterioro. Significa que tuvo un mejor nivel previo, que está dado por el nivel que muestran los tests que miden capacidad de asimilación y que éste ha decaído, nivel dado por el rendimiento pobre en el razonamiento lógico. Por otro lado, un paciente que muestra un déficit parejo en sus capacidades de asimilación en relación a las de razonamiento lógico, presenta retardo mental.

Hemos diferenciado el compromiso de la inteligencia del retardo mental con el del deterioro, en base a la variable tiempo. Uno es precoz y el otro tardío. Pero el que uno sea precoz y el otro tardío les da también características clínicas diferentes. Podemos decir que el retardo mental es un compromiso global de la inteligencia, a diferencia del deterioro que compromete ciertas aptitudes precisas. Esto se traduce en que a veces el deteriorado mantiene un CI normal, compensado por las funciones conservadas, lo cual ha llevado a muchos clínicos a señalar que el deterioro no implica compromiso de la inteligencia. Esto último confunde.

Debiéramos decir que el deterioro implica compromiso de la inteligencia, pero no siempre se traduce en una alteración del CI, sino en compromiso de algunas habilidades específicas. Insistimos en el "no siempre", porque lo más habitual es que el deterioro patológico de cierta evolución implique una caída de la inteligencia global.

- Deterioro psicoorgánico: Término que designa el mismo concepto que hemos descrito, pero subrayando su necesaria conexión etiológica con el daño orgánico cerebral.

- Pseudodeterioro: Déficit intelectual del paciente que presenta casi las mismas características del deterioro psicoorgánico, pero cuya causa es funcional. Lo más frecuente es que se vea en pacientes de edad que cursan una depresión.

- Deterioro reversible: Durante un periodo se consideró patognomónica del

deterioro, la irreversibilidad. Hoy se acepta que exista el deterioro psicoorgánico reversible, que es aquel que presentan los pacientes con patología orgánica susceptible de mejoría. Por ej.: Hidrocéfalo normotensivo, Hematoma subdural crónico, Enfermedad de Wilson's, Porfiria, Insuficiencia cardiaca congestiva entre varios otros. Este concepto supone que un grado importante de deterioro viene dado por el daño que sufre la célula neuronal. Sin embargo, en caso de modificarse las condiciones que generan tal estado patológico las neuronas tendrían posibilidades de recuperarse, y el daño sería transitorio, reversible y no definitivo.

- Deterioro irreversible: Deterioro producto de un daño neuronal definitivo, que no presenta mejoría espontánea ni por intervenciones terapéuticas.

- Deterioro reciente: Estado de deterioro que se presenta como algo nuevo en el paciente, de sólo semanas o meses de evolución, que habitualmente sigue un curso progresivo y que está relacionado con una patología que está provocando daño neuronal. Éste puede ser reversible o irreversible.

- Deterioro antiguo: Deterioro por lo general irreversible, ya definitivo, producto de un daño neuronal delimitado y no progresivo que el paciente sufrió en su pasado remoto. El poder diferenciar un deterioro reciente de un deterioro antiguo, es de suma importancia en clínica, ya que implica actitudes del todo distintas. Ayuda el observar cómo vive el paciente sus déficits intelectuales. El deteriorado reciente a menudo se angustia, enfrenta las situaciones de prueba con gran autoexigencia, y se queja de haber sido más capaz y de no entender lo que le pasa. Su historia personal revela un quiebre reciente en los rendimientos, habitualmente progresivo, el cual es confirmado por sus familiares y compañeros de trabajo. El deterioro antiguo da la impresión de que ya sabe lo que rinde, y no se esfuerza ni se angustia frente a las exigencias como el reciente. En su historia existe el antecedente más o menos remoto de un estado patológico que le significó un daño en el SNC, y que implicó una baja de rendimientos desde esa época hasta la fecha, pudiendo haber incluso una leve mejoría en los rendimientos por un entrenamiento de ciertas habilidades del paciente, que con el tiempo lo llevaron a suplir algunos de sus déficits.

- Demencia: Es un término sindromático que señala un compromiso grave de las capacidades intelectuales. Es claramente definido por el DSM III de la siguiente manera:

a) Pérdida de las capacidades intelectuales de severidad suficiente como para interferir con las relaciones sociales y el desempeño laboral.

b) Deterioro de la memoria.

c) Por lo menos uno de los siguientes síntomas y/o signos:

* Deterioro de la capacidad de abstracción, como la manifestada por la interpretación concreta de proverbios, incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias entre dos palabras relacionadas, dificultad para definir palabras y conceptos, y otras tareas similares.

* Deterioro del juicio.

* Otros trastornos de las funciones corticales superiores, tales como afasia (trastorno del lenguaje debido a una disfunción cerebral). apraxia (incapacidad para ejecutar órdenes que son comprendidas, a pesar de presentar la función motora indemne), agnosia (incapacidad para reconocer o identificar objetos a pesar de tener la función sensorial intacta), dificultad constructiva (por ej.: incapacidad para copiar figuras en tres dimensiones, ensamblar bloques, o componerlos de acuerdo a ciertos diseños).

* Cambios en la personalidad, por ej.: alteración o acentuación de rasgos premórbidos.

d) Lucidez de conciencia.

e) Ya sea 1 ó 2:

* Evidencias por la historia clínica, el examen físico, o los exámenes de laboratorio, de un factor orgánico específico que se considera está etiológicamente relacionado con el trastorno.

* En ausencia de esta evidencia, un factor orgánico que presumiblemente explique el síndrome, siempre que hayan sido descartadas otras patologías además de los Desórdenes Mentales Orgánicos, y si el cambio conductual refleja un deterioro cognitivo en varias áreas.

Sin embargo, el término demencia no se usa sólo en sentido sindromático. Es

habitual su uso como un término psicopatológico que denota un grave compromiso intelectual de origen orgánico. Demencia en este caso sería un deterioro grave. La diferencia entre uno y otro es cuestión de grados, es una diferencia cuantitativa más que cualitativa. Precisar la frontera en que el deterioro se llama demencia es difícil. Es aconsejable hablar de demencia en un sentido psicopatológico, cuando el deterioro llega a tal grado, que cumple con los criterios en relación al déficit de la capacidad intelectual planteado por el DSM III para el Síndrome Demencial.

- Pseudodemencia: Es análogo al concepto de pseudodeterioro. Déficit intelectual grave, calificado como demencia, que presenta casi las mismas características en la demencia psico-orgánica, pero cuya causa es funcional. Es frecuente el diagnóstico en personas ancianas deprimidas.

Estados de Ánimo

a) Cuantitativo

Hipertimia: expansivo, alegre, optimista

Hipotimia: deprimido, triste, pesimista

Eutimia: afectividad normal

b) Cualitativo

Cuando la afectividad es inadecuada:

- angustia, ansiedad, temor, cólera, agresividad
- indiferencia, descargas emocionales

Tristeza

- es un sentimiento normal que se experimenta ante situaciones adversas
- por algo deseado y no obtenido
- y a causa de las inevitables pérdidas de la vida
- es de duración corta y no tiene repercusión manifiesta en la vida cotidiana
- el sentimiento no es continuo, aparece por momentos
- como responde a experiencias penosas, no constituye una patología

Duelo

- es una reacción normal ante la pérdida real de algo (ideal, trabajo, etc.) o alguien querido por nosotros
- la tristeza es uno de los componentes del duelo
- también el enojo, o los sentimientos de soledad y abandono
- es un proceso que insume un trabajo psíquico para su "elaboración"

Depresión

- es un Trastorno del Humor o estado de ánimo, cuantitativamente en menos
- es invasora y permanente

- más que concentrarse en un objeto impregna toda la realidad del sujeto
- el deprimido se confunde a sí mismo con su depresión, que deviene parte de sí.
- Algo que pasó: una pérdida que sucedió en el pasado.
- El estado afectivo tiene que ver con esa pérdida: sentimiento de dolor por una pérdida que ya pasó.
- Clínicamente encontramos elementos intrincados
- * Depresivos
- * Ansiosos

La depresión entonces es una categoría psicopatológica que puede adoptar la forma de

- síntoma (conjunto de vivencias)
- síndrome (estado diagnosticable)
- enfermedad (entidad nosológica: cuadro clínico, enfermedad mental)

Ansiedad

- etimológicamente: incomodidad
- sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro, interno o externo
- se expresa generalmente por inquietud psicomotriz, con temor de algo que va a suceder en el futuro

Angustia

- etimológicamente: estrechez, angostamiento
- dolor "afectivo" que se expresa fundamentalmente a nivel somático: llanto, bolo faríngeo, angor pectoris.

Indiferencia o frialdad afectiva / anhedonia

- pérdida de interés y alejamiento de todas las actividades regulares y placenteras, suele asociarse a depresión
- incapacidad para experimentar placer

Embotamiento afectivo / desapego / paratimia o inadecuación afectiva / labilidad afectiva / distimia

- etimológicamente: sería toda disfunción del humor
- DSM III emplea el término "trastorno distímico"
- Sustituye el concepto de depresión neurótica
- Pierde su característica de síntoma para pasar a ser un síndrome clínico

Disforia

- etimológicamente: malestar
- sensación de malestar general, más específicamente un estado de ánimo depresivo
- puede incluirse ansiedad e inquietud

Alexitimia

- etimológicamente: falta de palabras para expresar los afectos
- pacientes con incapacidad o dificultad para describir o percibir las propias emociones o estados anímicos
- similar al pensamiento operatorio de Marty

Dolor moral

- autodespreciación (minusvalía): sentimientos de incapacidad, minusvalía
- autoacusación: sentimientos de culpa, de falta
- tristeza profunda
- anestesia afectiva

Psicomotricidad

1) **DEFINICION**

La actividad motora incluye la actitud, el reposo y el movimiento del individuo. El ser humano se expresa y nos da información objetiva (estado de conciencia, orientación, etc.) a través de la mímica, los gestos, la actitud y sus movimientos.

a) Las **relaciones de la motilidad y la psicopatología** tienen dos aspectos fundamentales:

i) La expresividad: Constituye un elemento relacional y una forma de comunicación.

Sus dimensiones se transmiten a través de *símbolos*, y están configuradas *por factores psicológicos y socioculturales*. Puede ser modelada por la interacción recíproca entre el emisor y el receptor del mensaje, sin que haya alteraciones de la estructura.

ii) La estructuralidad: Es la determinación estructural nerviosa del movimiento. Se transmite a través de *signos*, y está configurada por *factores neurofisiológicos*. Sus modificaciones producirán cambios de la expresividad, y patrones motores más arcaicos y autónomos.

Los trastornos clínicos de la psicomotricidad corresponden a anomalías en una dimensión u otra.

b) **Símbolos no verbales y expresión:** Las expresiones motoras son una forma de comunicación no verbal. Se puede expresar los afectos a través de la expresión facial, los movimientos oculares, los gestos, las posturas, las inflexiones y el tono de la voz, el contacto físico, etc.

Podemos describir diversos tipos de conducta no verbal (Ekman y Friesen, 1969):

Emblemas: Actos no verbales, con una traducción verbal directa conocida (ej.: hacer la V con los dedos, amenazar con el puño, etc.).

Ilustraciones: Movimientos ligados al habla que ilustran lo que se está diciendo (ej.: movimientos de las manos o la cabeza que acentúan una frase).

Exhibiciones afectivas: Expresiones faciales de emociones primarias.

Reguladores: Conductas no verbales que influyen en el ritmo de intercambio verbal.

□ Adaptadores: Conductas que no intentan transmitir un mensaje, que son fragmentos de actos adaptativos (ej.: frotarse la cara, rascarse).

c) **Estructuración neuronal de los signos psicomotores:** Las bases neurológicas del movimiento se estructuran en tres niveles:

□ La corteza motora (síndrome piramidal)

□ Los ganglios de la base (síndrome extrapiramidal): Son fundamentales en la iniciación del movimiento. Su patología se asocia a otros síntomas psicopatológicos (ej.: enfermedad de Huntington, Parkinson, etc.), lo cual sugiere que puede existir un mecanismo común en la producción de síntomas motores y psiquiátricos.

□ El cerebelo

2) **EXPLORACION DE LA PSICOMOTRICIDAD:** Previamente a la exploración de la psicomotricidad es imprescindible realizar una **exploración neurológica**, que nos permita descartar o diagnosticar trastornos neurológicos motores. La exploración de la psicomotricidad se basa en:

□ La expresión facial: Existen unos patrones genéticos que determinan unas expresiones primitivas básicas universales (Ej.: alegría, tristeza, miedo), que se modelan por factores educativos, sociales y por las características de personalidad de cada individuo. Hay enfermedades que producen trastornos en la mímica facial (Ej.: amimia parkinsoniana, lesiones del hemisferio derecho). En la entrevista clínica, la expresión facial es un elemento de comunicación muy importante, que puede vehicular dimensiones como empatía, afectividad, etc.

□ Las características del habla: Diversos parámetros como el volumen, la velocidad en el habla espontánea, la duración de las frases, el ritmo, pueden ofrecer información general de estado psicomotor.

□ La motórica general: Es importante analizar la postura, la marcha, los gestos. Se deben recoger aspectos cuantitativos, cualitativos y la proporcionalidad y adecuación al contexto en que se producen. Hay que distinguir entre la actividad espontánea y la inducida o provocada. La exploración de la psicomotricidad debe prolongarse después de la visita médica (estando solo, con la familia, durmiendo,

etc.), para detectar conductas de simulación, la influencia de la ansiedad en un movimiento, etc.

2) TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD:

La motilidad puede estar aumentada en numerosos cuadros psíquicos, denominándose de forma genérica *hipercinesia*.

Distinguiremos diversos cuadros psicopatológicos: inquietud, agitación, acatisia.

a) **Inquietud psicomotriz:** Estado de hiperactividad psíquica y motora donde las acciones no están claramente ordenadas ni dirigidas hacia la consecución de un fin determinado.

Es la expresión de un desasosiego interno, y suele aparecer en los trastornos de ansiedad. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con la acatisia.

b) **Agitación psicomotriz:** Es un síndrome psicomotor muy frecuente, que tiene numerosas presentaciones y etiologías, siendo una de las urgencias psiquiátricas más habituales. Se compone de una hiperactivación psíquica y motora, que incluye exaltación motora con rápida sucesión de movimientos, gestos e impulsos a deambular o correr, que pueden ser más o menos intencionales o automáticos, pero que suelen carecer de un objetivo estable común. En ocasiones se acompaña de un trastorno de la conciencia. Existe un potencial agresivo hacia sí mismo y hacia los demás que justifica su atención urgente. Su etiología es diversa:

i) Agitaciones reactivas a acontecimientos vividos, frustraciones, imposición de normas, etc.

ii) Trastornos de base orgánica: En estos cuadros hay una alteración de la conciencia, que dificulta aún más la contención externa. La impulsividad es muy característica.

Intoxicación por alcohol o sustancias psicoactivas (cocaína, anfetaminas, etc.).

Trastornos orgánicos cerebrales: delirium tremens, cuadros confusionales en pacientes con demencia, cuadros epilépticos, trastornos metabólicos, etc.

iii) Trastornos psiquiátricos:

- *La agitación maníaca* suele aparecer cuando el estado de ánimo irritable predomina sobre el eufórico, y puede hacer que estos pacientes sean agresivos y violentos.
- Entre los *pacientes depresivos* se aprecian episodios de agitación en las melancolías involutivas y en los cuadros depresivos seniles. La agitación es poco frecuente en las fases depresivas de los trastornos bipolares, en las que predomina la inhibición.
- En la *esquizofrenia* la aparición aguda de los síntomas se asocia a una intensa angustia psicótica, enmarcada en la sintomatología psicótica, y a un estado de agitación notable. Los actos son extravagantes y aparentemente absurdos. Una forma especial es *la esquizofrenia catatónica*, en que se observa una inmovilidad y un automatismo característicos, entrecortados por episodios de agitación.

c) **Acatisia:** Situación en la que el paciente es incapaz de permanecer quieto, acompañada de una sensación subjetiva de intranquilidad interna. También se conoce como el “*síndrome de las piernas inquietas*”. Es un efecto adverso de los fármacos neurolepticos, que puede aparecer al principio del tratamiento o tras varios meses.

Aparece en el 20% de los casos; más frecuente con antipsicóticos de alta potencia y en formas de liberación retardada. Se trata reduciendo la dosis de neuroleptico y asociando benzodiazepinas o fármacos anticolinérgicos. Es importante reconocer este síndrome, ya que si se atribuye al trastorno psicótico, y se trata incrementando la dosis de neuroleptico, empeoraría el cuadro clínico.

d) **Inhibición psicomotora:** Es el síndrome psicopatológico inverso al anterior. Lo podemos definir como el defecto en la energía necesaria para poner en marcha los movimientos. Suele acompañarse de una dificultad en la expresividad del lenguaje y gestos. Para referirse a este estado clínico, se utilizan otros términos como **retardopsicomotor** en los cuadros depresivos, o **acinesia e hipocinesia** en el síndrome parkinsoniano.

Entre los trastornos psiquiátricos, los *cuadros depresivos* son los que producen estados de inhibición con mayor frecuencia. En estos pacientes hay un retardo de

las funciones psíquicas (pensamiento) y motoras (postura estática de desánimo, abatimiento, disminución del tono muscular). Existen autores, como Widlöcher (1983), que defienden un modelo de depresión en que el retardo psicomotor sería primario en la melancolía; lo considera como el síntoma principal de la depresión endógena, e independiente de los otros síntomas.

Otro estado de inhibición se produce en los *esquizofrénicos*, con una afectividad más indiferente y un pensamiento más desestructurado.

La exploración del paciente inhibido es compleja, ya que a menudo no podemos contar con su colaboración.

e) **Estupor**: El estupor es un síndrome caracterizado por la reducción o ausencia de las funciones de relación (habla o motilidad); es decir, por el **mutismo y la acinesia**. Los signos clínicos que lo caracterizan son:

- Disminución o supresión de las actitudes motoras relacionales espontáneas o reactivas.
- Mutismo
- Trastornos vegetativos, con respuestas extrañas al frío o al calor.
- Trastornos de la micción, defecación y alimentación.
- Catalepsia, negativismo, manierismos, estereotipias y ecofenómenos.
- Pueden asociarse alteraciones de la conciencia, alucinaciones, delirios.

Su descripción ha ido evolucionando a lo largo de la historia y actualmente se define como *un síntoma primario motor a modo de vestigio de un programa comportamental arcaico* (Berrios, 1981).

El estupor puede ser de causa orgánica y psiquiátrica. El diagnóstico diferencial es complejo, pero suele establecerse de acuerdo a que en el estupor psiquiátrico el EEG suele ser normal, no hay otros síntomas neurológicos, y aparece nistagmo a la estimulación oculovestibular.

i) El estupor orgánico se asocia a una alteración de la conciencia. Puede observarse en intoxicaciones por sustancias psicoactivas, demencias, estado post-ictal epiléptico, y otros procesos orgánico-cerebrales.

ii) Las causas psiquiátricas de estupor son: Esquizofrenia catatónica, estupor melancólico e histeria

f) **Catatonía:** Es un síndrome psicomotor característico, que incluye síntomas como *catalepsia, negativismo, estupor, ecosíntomas, mutismo, rigidez muscular y estereotipias*. También pueden aparecer actos impulsivos aparatosos o agresivos.

Uno de los elementos más característicos es la **catalepsia o flexibilidad cérea**: actitud inmóvil con la musculatura rígida, de manera que pueden colocarse los miembros del sujeto en posiciones forzadas, incómodas y antigravitatorias, sin que el sujeto vuelva a su posición original. Se ha descrito la “*almohada psicológica*” como una característica clínica poco frecuente, pero muy significativa de este estado.

Los **ecosíntomas**, también denominados **obediencia automática**, consisten en que el individuo repite automáticamente movimientos (ecopraxia), palabras (ecolalia) o gestos (ecomimia), producidos por el interlocutor. A veces se observa “**la respuesta del último momento**”, en que el individuo, tras no responder a una pregunta, articula una palabra o ruido simple ante el ademán de marcharse del interlocutor.

El **negativismo** puede ser **pasivo** (actitud sistemática negativa del paciente) o **activo** (tan sólo cuando se le obliga a realizar algún acto).

Kahlbaum en 1873 fue quien consideró este síndrome como una entidad nosológica. Kraepelin lo incluyó como un subtipo de esquizofrenia. Johnson en 1993 define la catatonía como un síndrome neuropsiquiátrico causado por una gran variedad de trastornos orgánicos, que se manifiesta en forma de catalepsia con un estado mental normal. Los cuadros catatónicos pueden aparecer en trastornos afectivos, alteraciones de los ganglios basales, límbicos y diencefálicos, y otros cuadros neurológicos, metabólicos, tóxicos y farmacológicos. Una vez estudiadas las alteraciones cuantitativas de la psicomotricidad, pasaremos a describir las alteraciones cualitativas de la misma: estereotipias, manierismos, tics, temblor.

g) **Estereotipias:** Se definen como la repetición reiterada e innecesaria de un acto que puede aparecer en la mímica facial o en la mímica corporal general. Según *la complejidad del movimiento*, pueden distinguirse dos tipos de estereotipias:

- i) Simples: frotar, rascar, etc. Son frecuentes *en los trastornos orgánicos cerebrales de evolución demencial*. Serían signos de desintegración.
- ii) Complejos: movimientos de las manos, tocar los cabellos, jugar con un objeto, dar vueltas, balancearse, etc.). Son típicos de *trastornos psíquicos*, como la esquizofrenia.

Es importante diferenciar las estereotipias de los trastornos del sistema extrapiramidal producidos por los tratamientos neurolépticos, como *la discinesia tardía o las distonías agudas*.

h) Manierismos: Son los movimientos parásitos que aumentan la expresividad de los gestos y de la mímica, de forma grotesca y extravagante. Son propios de *cuadros esquizofrénicos residuales*, en los que hay una pérdida del contenido afectivo de los movimientos y gestos volviéndose vacíos de contenido e insulsos.

i) **Tics:** Son movimientos rápidos y espasmódicos, que aparecen en general en la cara, cuello y cabeza, de forma repetitiva e involuntaria, y que aparentemente carecen de sentido. Son, por ejemplo, guiños de ojo, fruncir de cejas, mover la cabeza echando el pelo hacia atrás, etc. Rara vez el tic involucra músculos inferiores a los hombros. *Se agravan con la tensión emocional, se atenúan con la distracción y desaparecen durante el sueño*. El paciente puede retrasar la aparición del tic en el tiempo. Este *control voluntario* de los tics genera desazón e inquietud, que va aumentando hasta que se repite el tic.

Surgen frecuentemente en la edad infantil (7 años), y son más frecuentes en varones (4:1). Los antecedentes familiares de tics en los individuos afectados son insignificantes, *pero 1/3 de los padres de niños con tics presentan trastornos psiquiátricos*. En la mayoría de los casos el síntoma desaparece en pocos meses. Las formas que presentan un curso crónico son la de comienzo tardío.

Una forma de especial interés es el **Síndrome de Gilles de la Tourette**. Afecta a varones (3:1) e inicia antes de los 10 años, en forma de tic monosintomático. Posteriormente se van asociando otros síntomas como masivas contracciones de cara, tronco, piernas, producción de ruidos extraños (gruñidos, chasquidos de lengua, etc.), *coprolalia* (emisión de palabras soeces-60%-), exhibicionismo (30%),

conducta autodestructiva, conducta antisocial y *comportamiento obsesivo* (33%). En la mayoría de los casos no hay deterioro intelectual, pero sí trastornos del sueño asociados.

j) **Temblor:** Movimientos oscilatorios regulares, involuntarios y rítmicos, que aparecen en una parte del cuerpo alrededor de un punto fijo. Se localizan en las extremidades, aunque pueden aparecer en cabeza, cara y lengua. Los temblores más característicos son:

i) Temblor de reposo o parkinsoniano: De 4-5 movimientos por segundo (ej. “contar monedas”). Suele acompañarse de rigidez o hipocinesia. Puede atenuarse con el movimiento voluntario.

ii) Temblor postural o de actitud: Aparece al iniciar o efectuar algún movimiento, y se hace más evidente al mantener una postura.

iii) Temblor intencional: Aparece durante el movimiento y es de baja frecuencia. Aumenta de amplitud al acercarse al objetivo. Su etiología suele ser cerebelosa. Frente a cualquier cuadro tremórico es importante observar sus características clínicas y la **acción y condiciones que lo aumentan o reducen**.

Las causas más frecuentes de temblor en la práctica psiquiátrica son:

Temblor alcohólico: Se relaciona con la ingesta etílica prolongada. Suele ser un síntoma de abstinencia y se atenúa al reanudar la ingesta enólica. Es un temblor fino, regular, predominantemente intencional y de frecuencia elevada.

Temblor ansioso: Es fino, regular y rápido, y se hace más intenso con la intencionalidad.

Histeria: En estos cuadros clínicos pueden aparecer síntomas tremóricos de forma paroxística, irregular y limitados a zonas topográficas concretas. Influyen factores reactivos o la finalidad de obtener beneficios secundarios.

Temblor inducido por fármacos: Por neurolépticos (parkinsoniano), por antidepresivos tricíclicos (de actitud).

4) SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES O BLANDOS:

En los últimos años ha surgido un interés creciente por un tipo especial de manifestaciones neurológicas que no indican un daño localizado de forma específica, sino que parecen ser indicativos de disfunción cerebral global o déficit

integrativo. Los signos neurológicos menores pueden ser de tipo conductual (impulsividad, hiperactividad), signos físicos (paladar ojival, epicanto, hipertelorismo, etc.) y diferentes signos no focales (movimientos coreiformes leves, falta de equilibrio, descoordinación leve, asimetría de la marcha, nistagmo, o persistencia de reflejos infantiles). Los signos neurológicos menores no son indicativos de lesiones neurológicas focales, pero se asocian con una amplia variedad de trastornos del desarrollo y se observan con frecuencia en pacientes con bajo coeficiente intelectual, trastornos del aprendizaje o trastornos del comportamiento.

En psiquiatría se han estudiado en dos campos especiales: los trastornos cognoscitivos (ej., demencias) y determinadas psicosis (Ej.: esquizofrenia). La presencia de signos neurológicos menores en estos trastornos no ha sido todavía explicada, pero futuros estudios prospectivos permitirán explicar su valor clínico y fisiopatológico.

5) PSICOMOTRICIDAD EN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS:

En este apartado comentaremos los trastornos de la psicomotricidad más característicos de algunas entidades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos, o la histeria.

a) **Esquizofrenia:** Los pacientes esquizofrénicos pueden presentar trastornos psicomotores tanto en la expresividad como en la estructuralidad. En relación al distanciamiento de la vivencia autística del psicótico, se aprecia una falta de sintonía, una aparente inadecuación al medio. Esto dificultará las relaciones interpersonales de estos pacientes.

En los episodios agudos o brotes psicóticos, se aprecia una desorganización psicomotora, que genera cuadros de agitación o inhibición, como la catatonía o bloqueos durante la ejecución de una acción.

En las formas procesuales y en esquizofrenia residual son frecuentes los movimientos anormales como las estereotipias, los manierismos, el acúmulo de provisiones o basuras, la desorganización de la conducta alimentaria, el

abandono del cuidado personal, y la presencia de formas motoras regresivas como posturas fetales.

También pueden darse conductas negativistas u opositoristas, o de excesiva cooperación.

La presencia de movimientos anormales en la esquizofrenia es muy sugestiva de una alteración neurológica subyacente, y de hecho *la presencia de trastornos estructurales en la psicomotricidad de los esquizofrénicos es un dato reconocido.*

La elevada frecuencia de trastornos extrapiramidales (disonía aguda, discinesia tardía, acatisia), se había considerado secundaria a los efectos del tratamiento neuroléptico, pero estudios recientes demuestran la presencia de estos síntomas en pacientes sin medicar. También apoya esta hipótesis el elevado porcentaje de signos neurológicos menores en estos pacientes.

b) **Trastornos afectivos:** Se observan alteraciones de la psicomotricidad muy características tanto en las fases maníacas del trastorno bipolar, como en los episodios depresivos.

i) Manía: El aumento de la actividad psicomotora general es el aspecto más espectacular de estos pacientes, y en ocasiones puede suponer peligros para el mismo, y conductas heteroagresivas. Suele iniciarse con un incremento aparente del rendimiento físico, aumento de energía y actividad, resistencia a la fatiga y disminución de las necesidades de sueño. Posteriormente aparecen conductas desinhibidas e impulsivas, debidas a la doble excitación motora y cognitiva.

Muchos pacientes verbalizan una sensación subjetiva desagradable de “no poder parar”. En casos muy graves puede alcanzarse un estado catatónico. Las conductas más características del estado maníaco son:

- Desinhibición e indiscreción en la esfera sexual y social.
- Gastos excesivos, innecesarios y muy arriesgados.
- Conductas altruistas.
- Inmiscuirse en asuntos privados o íntimos de familiares o desconocidos.
- Frecuentes episodios de discusiones y violencia física (ingesta excesiva de alcohol).

ii) Depresión melancólica: Las alteraciones psicomotoras constituyen un aspecto básico de la clínica de la melancolía: movimientos y lenguaje lentificados, incremento de pausas en el lenguaje, latencia de respuesta aumentada, reducción de movimientos en la mirada, reducida expresión verbal, verbalización monótona, facies amílica, postura de abatimiento o pesadumbre, inquietud, agitación. En casos graves podemos observar estados estuporosos o catatónicos. Como hemos comentado previamente, hay *diversos grupos de trabajo (Widlöcher, Parker) que concluyen que la esencia de la melancolía y la endogenicidad viene marcada por la psicomotricidad (retardo psicomotor)*. En las recurrencias depresivas las alteraciones de la psicomotricidad se observan precozmente, incluso antes de las alteraciones cognitivas o del estado de ánimo. En el terreno de la conducta, *el suicidio* es la eventualidad más grave, que se produce en el 10-15% de depresiones (bipolares > unipolares > neuróticas).

c) **Histeria**: Entre las neurosis, la histeria es la que presenta unas alteraciones motoras más significativas. Se caracteriza por la marcada exhibición externa de los síntomas:

“neurosis de expresión”. La psicomotricidad de la histeria puede considerarse a tres niveles:

i) La personalidad histérica: Se caracteriza por la **fuerte tendencia a la seducción y a la exhibición**. Predomina el talante de llamar la atención de los demás, a través de la mímica facial, la voz, las posturas, etc. Esta expresión exagerada de exhibición y seducción se denomina *histrionismo*, y se caracteriza por la tendencia a la dramatización.

ii) Los síntomas de conversión: Son las manifestaciones corporales de la conflictividad histérica; es decir, *la conversión de una emoción desagradable o inaceptable en un síntoma físico*. Pueden aparecer **síntomas inhibidos** (parálisis, afonía) o **excitados** (espasmos, temblores, tortícolis). Son más frecuentes en culturas poco desarrolladas.

iii) Las crisis histéricas: Tienen características parecidas a los síntomas conversivos, pero su presentación es más aguda y espectacular, y suele ser de tipo reactivo.

Pueden tomar **formas de inhibición** (crisis de letargia, síncope, estupor, etc.), o **formas de excitación** (crisis charcotianas o pseudoconvulsivas, crisis de agitación y furor).

La elevada frecuencia de errores diagnósticos de las manifestaciones histéricas aconseja que se mantenga cierta prudencia antes de atribuir estos síntomas a una causalidad psicógena.

Sueño:

El sueño puede presentar alteraciones en la cantidad o duración del mismo (hipo-ehipersomnias), en la calidad, organización y continuidad interna de sus fases (disomnias), en su periodicidad con respecto a la vigilia (alteraciones del ritmo sueño-vigilia), y por la ocurrencia durante el mismo de fenómenos anómalos desagradables (parasomnias).

1. Hiposomnia o Insomnio

Sueño de duración insuficiente, habitualmente acompañado de experiencia subjetiva desagradable y disminución de la vigilancia cuando el sujeto está despierto, sensaciones secundarias de cansancio y somnolencia diurna. Aunque se acepta que la recuperación psicofísica de un adulto normal requiere 7 horas y media, existen importantes variaciones interindividuales, e incluso en el mismo individuo según las circunstancias.

Las necesidades de sueño aumentan con la actividad mental y física y el estrés, pero el factor de variación más importante es la edad, desde un máximo en el recién nacido (16-20 horas) hasta un mínimo en el anciano (4-6 horas). Según el periodo del sueño al que afectan, las hiposomnias pueden clasificarse en iniciales, intermedias y tardías. Nuestros estudios en la población general han detectado una extraordinaria frecuencia de estos trastornos, sobre todo en sus formas más leves (De las Cuevas, 1991). La hiposomnia inicial, también denominada insomnio de conciliación o dificultad para dormirse, afecta, en distintos grados de intensidad y frecuencia, al 41% de la población, la hiposomnia intermedia, insomnio de mantenimiento, con múltiples despertares o sueño inquieto y perturbado, al 36%, y la hiposomnia tardía o insomnio terminal, con despertar temprano innecesario, al 63%.

Causas de insomnio: la mera brevedad del sueño no constituye necesariamente una hiposomnia, puesto que deben tenerse en cuenta las variaciones relacionadas con la edad y con los factores constitucionales.

La reducción voluntaria de las necesidades aparentes de sueño es perseguida por algunos sujetos, generalmente obsesivos ambiciosos adictos al trabajo, mediante una combinación de entrenamiento, motivación y estímulos físicos. Aunque no hay

estudios fiables al respecto, la impresión clínica más aceptada es que esta práctica aumenta la vulnerabilidad a trastornos secundarios al estrés, incluyendo coronariopatías. González de Rivera y colaboradores (1993), en un amplio estudio sobre las pautas de reactividad al estrés, detectaron una importante relación entre situaciones de estrés e hiposomnias, que afecta al 58,3% de la población general. Aunque el insomnio de estrés tiende a ser transitorio, en algunos casos puede evolucionar hacia formas crónicas, en el desarrollo por un reflejo condicionado antihomeostático con la situación de dormir.

Este tipo de insomnio, denominado psicofisiológico, aprendido, o condicionado, se caracteriza por un círculo vicioso, que se inicia con excesiva preocupación consciente por lograr dormir, ansiedad anticipatoria por las desagradables sensaciones diurnas después de una noche de insomnio, activación simpática, alerta e insomnio de conciliación, convicción de que es muy difícil dormirse, y vuelta a empezar. Curiosamente, y a diferencia de lo que ocurre con el sujeto sano normal, el insomnio psicofisiológico mejora cuando el paciente duerme fuera de su entorno habitual, por ejemplo en casa de un pariente querido, de vacaciones, etc.

El insomnio idiopático primario es un trastorno intrínseco, probablemente constitucional, caracterizado por larga latencia de conciliación, excesivo tiempo de fase 1, y despertar frecuente durante la noche. No está relacionado con causas psicosociales o psiquiátricas, su comienzo es frecuentemente en la edad juvenil o infancia tardía. Su etiología probable está en defectos de la neurotransmisión, y puede requerir para su tratamiento la asociación de inhibidores de la recaptación de la serotonina o de la noradrenalina y/o de bloqueantes colinérgicos a benzodiazepinas hipnóticas de vida media entre 6-8 horas. Las alteraciones del sueño son una queja frecuente en casi todos los trastornos psiquiátricos, aunque en algunas condiciones, como los estados maníacos o hipomaníacos, el enfermo nunca se queja de insomnio, sino que afirma sentirse perfectamente descansado y sin necesidad de dormir. Sin embargo, si la situación persiste durante varios días, el paciente acaba por desarrollar un cuadro delirante-confusional, quizá más por efectos de la privación de sueño que de la propia patología.

Entre las múltiples condiciones neurológicas que cursan con trastorno del sueño, el síndrome de las piernas inquietas, y su pariente próximo, la mioclonía nocturna, son los que más frecuentemente se presentan a la atención del clínico. Mientras que el primero afecta al período inicial del sueño, asociándose con un insomnio de conciliación, la mioclonía nocturna puede pasar desapercibida para el paciente, revelándose clínicamente como somnolencia diurna. Ambos trastornos tienen lugar en sueño NREM, generalmente en fases 1 y 2, y se asocian con la apnea del sueño, la narcolepsia, la uremia, la diabetes, y, en general, con estados que afectan la corteza, el troncoencéfalo y la médula. Ambos síndromes responden razonablemente bien a las benzodiazepinas, y se agravan con los antidepresivos tricíclicos.

2. Disomnias

Técnicamente, su diagnóstico correcto sólo puede realizarse en el laboratorio de sueño, y requiere la ausencia, exageración o frecuente interrupción de alguna de las fases del sueño. Muchas hiposomnias, sobre todo las intermedias, son en realidad disomnias, con cortos períodos REM intercalados por largos episodios de fase 1 e incluso de vigilia. A diferencia de algunas hiposomnias, las disomnias siempre se acompañan de malestar subjetivo, y frecuentemente de disfunciones somáticas claras. La disminución del tiempo dedicado a la fase 4, que es sustituida por ritmos de tipo alfa, o incluso vigiles, es frecuente en el reuma psicógeno, (Moldofsky, 1976) condición que responde mejor a la correcta regulación de las fases del sueño que al uso diurno de analgésicos. A diferencia de las hiposomnias auténticas, el tiempo de sueño total en las disomnias es normal, e incluso superior a lo habitual. A pesar del interés semiológico en distinguir disomnia de hiposomnia, la tendencia simplista del DSM-III y su análogo europeo, la CIE-10, incluye las hiposomnias dentro de las disomnias. La clasificación norteamericana de la Association of Sleep Disorders Centers (ASDC) resuelve el dilema clasificando ambas entidades como DIMS (Disorders of Initiating or Maintaining Sleep) o TIMS en español (Trastornos en Iniciar o Mantener el Sueño).

3. Hipersomnias

Es preciso no confundir la hipersomnolia, o somnolencia excesiva, con el cansancio, la debilidad y la fatiga, que pueden cursar sin somnolencia, y que constituyen síntomas que merecen su propio estudio individualizado. La hipersomnolia simple consiste en el alargamiento del tiempo dedicado al sueño, que puede llegar a 12 o más horas diarias, y que puede ser idiopática o secundaria a causas neurológicas o psiquiátricas, generalmente de tipo depresivo. Entre estos casos, es preciso distinguir entre aquellos en los que el sueño puede ser interrumpido o prevenido para ajustarse a los ritmos convencionales, y aquellos otros en los que la somnolencia cursa de manera incoercible.

La causa más frecuente de somnolencia diurna es la hiposomnolia nocturna, en cuyo caso no debe considerarse como un trastorno, sino como una reacción compensatoria del déficit de sueño. Una forma peculiar de hipersomnolia, la dificultad en levantarse por la mañana, corresponde con frecuencia bien a la compensación de un insomnio de conciliación, bien a un trastorno básico del ritmo sueño-vigilia por retraso de fase (que se verá más adelante). Este síntoma, DLC o dificultad en levantarse de la cama por la mañana, es también prominente en las hipersomnolias psicógenas, que pueden presentarse en ciertos sujetos depresivos, singularmente en los distímicos, así como en algunos trastornos de la personalidad. La interpretación más probable en estos casos es que el paciente pretende prolongar el sueño matinal como mecanismo de evitación frente a responsabilidades ansiógenas o relaciones interpersonales conflictivas. En cuanto a los efectos del estrés, la hipersomnolia por estrés es mucho más rara que la hiposomnolia, pero de todas formas afecta al 15,5% de la población general.

La narcolepsia es la más importante y la más clara de las hipersomnolias incoercibles.

Además de somnolencia diurna, estos pacientes presentan episodios de cataplejía, parálisis de sueño y alucinaciones hipnagógicas. También son frecuentes en ellos la llamada "borrachera de sueño" y, en ocasiones, episodios de comportamiento automático afines al sonambulismo. En los casos leves, o durante los estadios iniciales, la somnolencia se presenta en situaciones coherentes con el estado, como en ambientes tranquilos y oscuros, en el cine, durante una clase

aburrida, etc. Progresivamente, los ataques de sueño van apareciendo en situaciones cada vez más inconsecuentes, como durante una conversación animada, durante ejercicio físico, etc. El estudio en el laboratorio de sueño permite objetivar esta tendencia, demostrando una reducida latencia media en el test múltiple de latencia de sueño (MSLT) (menos de 5 minutos, mientras que lo normal es alrededor de 15 min.). Otro signo característico de estos pacientes, más típico del sueño diurno que del nocturno, es la corta latencia de sueño REM, que puede empezar a los 10 minutos de iniciado el sueño, o antes.

El segundo síntoma, presente en el 70% de los casos, es la cataplejía, o pérdida brusca, parcial o completa, del tono muscular, típicamente relacionada con la activación emocional intensa, como en el coito, situaciones agresivas, de sorpresa, alegría, risa, enfado, etc. Los ataques de cataplejía suelen ser muy breves, durando unos pocos segundos, sin que el paciente pierda la conciencia vigil. Cuando la duración es más prolongada, sobreviene el sueño, entrando rápidamente en la fase REM.

La parálisis de sueño se suele considerar como el tercer síntoma de la tetra narcoléptica, aunque se presenta en menos de la mitad de los pacientes, y puede ocurrir en sujetos no narcolépticos. Típicamente, el sujeto se encuentra mentalmente alerta, pero con total imposibilidad de moverse, exceptuando la respiración y los movimientos oculares. Se manifiesta frecuentemente al principio del sueño nocturno, aunque también puede ocurrir al despertar. La apnea (interrupción del flujo de aire al menos durante 10 seg.) y la hipopnea (reducción de 50% del aire durante al menos 10 segs.) son otra causa importante de hipersomnia diurna. Aunque el trastorno debe clasificarse entre las disomnias secundarias a procesos respiratorios, las dificultades de sueño son raramente observadas por el paciente, que se queja en cambio, además de la somnolencia diurna, de cefalea matutina, depresión psíquica, deterioro del rendimiento intelectual, y, frecuentemente, de impotencia y enuresis. Los enfermos con apnea de sueño suelen roncar, y sus episodios de apnea son muy llamativos, terminando con un fuerte estertor, que motiva al alarmado cónyuge a traer al paciente a consulta. La hipertensión pulmonar es una complicación frecuente del trastorno,

que también se asocia con hipertensión arterial. A diferencia de otras disomnias, el síndrome de apnea del sueño empeora con ansiolíticos e hipnóticos, y debe seguir un tratamiento específico del trastorno respiratorio. La apnea puede tener un origen central, pero la etiología obstructiva es, con mucho, la más frecuente. Generalmente, estos pacientes presentan además defectos anatómicos asociados, como retrognatia o micrognatia, hipertrofia adenotonsilar, macroglosia, uveomegalia, etc, o, simplemente, un espacio orofaríngeo congénitamente estrecho. La hipotonía muscular habitual durante el sueño provoca un colapso orofaríngeo, que obstruye o reduce enormemente el paso de aire. Los trastornos respiratorios del sueño son relativamente frecuentes en sujetos obesos, afectan más a los varones, y su incidencia aumenta con la edad. Ancoli (1987) estima que 31% de los hombres y 19% de las mujeres mayores de 65 años presentan este trastorno. Por otra parte, Coleman (1982) descubrió en un estudio multicéntrico en Estados Unidos que estos trastornos constituyen el 43% de los casos de hipersomnia diurna consultados.

Otro síndrome hipersomnico, infrecuente pero llamativo, es el de Kleine-Levine, que evoluciona de manera fásica, se inicia en la pubertad o juventud y suele corregirse en la madurez. El trastorno cursa con periodos normales entre los que se intercalan otros con crisis de sueño incoercible, apetito insaciable, confusión y desinhibición sexual.

Aunque la causa precisa es desconocida, está claramente asociado con lesiones de zonas cerebrales específicas, y debe considerarse junto con otros trastornos del SNC responsables de alteraciones del sueño. En algunos casos ha sido posible detectar una etiología vírica, por lo que puede considerarse como una forma especial de encefalitis (Salter, 1993).

4. Trastornos del ritmo sueño-vigilia

La frase "Una buena noche de sueño empieza temprano por la mañana" encierra bien el concepto de la alternancia eurítmica entre el sueño y la vigilia. Los mecanismos intrínsecos cerebrales reguladores de los ritmos circadianos son ayudados por algunos estímulos ambientales o "zeitgebers" (dadores de tiempo, en alemán), el más importante de los cuales es el ciclo de la luz solar. Otros

zeitgebers, como la actividad laboral o lúdica, la luminosidad artificial, el ritmo de ruido-silencio, etc... pueden interferir con el ritmo sueño-vigilia, ocasionando trastornos transitorios del ritmo. Ejemplos bien conocidos son el síndrome del trabajo por turnos y el "jet-lag", literalmente, "retraso del reactor", o desincronización producida al atravesar en avión varios husos horarios en corto tiempo, como por ejemplo al viajar de Europa a América, y viceversa.

La desincronización de fin de semana es otro ejemplo típico, producida por retrasar la hora de acostarse y la de levantarse en los festivos y vísperas, con el "lunes negro" consiguiente.

Algunos sujetos presentan alteraciones más permanentes o crónicas, relacionadas con cierta incapacidad de sus mecanismos reguladores para establecer un ritmo concordante con el de la sociedad en general, manteniendo sin embargo una ritmicidad idiosincrática propia. El retraso de fase parece seguir una ley de inercia mental, con dificultad en acostarse por la noche y en despertarse por la mañana, se manifiesta frecuentemente en la infancia, y constituye aproximadamente un 10% de los trastornos crónicos del sueño. Muchos sujetos que padecen este síndrome y se lo pueden permitir, se adaptan durante cierto tiempo a horarios especiales, como dormir de 4 de la mañana hasta el mediodía. Sin embargo, en la mayoría el cuadro continúa agravándose con la indulgencia, puesto que su problema básico es la incapacidad de ajustar su ciclo en un período regular de 24 horas. El tratamiento básico es cronoterapia, coadyuvado con luminoterapia matutina (unos 2.500 lux durante hora y media). El avance de fase, mucho más raro, requiere un tratamiento similar, con la diferencia de que la luminoterapia se administra al final de la tarde en lugar de por la mañana. Finalmente, existen enfermos que llegan a un estado de total desregulación circadiana, con fragmentación de los ciclos sueño-vigilia, como en la demencia avanzada, en los traumatismos craneales y en estados de intoxicación severa por alcohol o drogas.