Neurociencias y Psiquiatría

La historia clínica integrada

William Aguilar Rivera

Colegio Médico del Perú
1964 - 2014
Bodas de Oro

Fondo Editorial Comunicacional

Neurociencias y Psiquiatría:

la historia clínica integrada

William Aguilar Rivera

Colegio Médico del Perú
Fondo Editorial Comunicacional

Neurociencias y Psiquiatría: la historia clínica integrada

Copyright © 2014
Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú
William Aguilar Rivera

Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total del contenido de este libro sin autorización por escrito del propietario del Copyright.

Primera edición: 2014
Distribución gratuita

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.° 2014-06001

Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú
Malecón de la Reserva 791, Miraflores. Lima 18, Perú
Teléfono 213 1400 anexo 2601
actamedicaperuana@gmail.com

Descargo de responsabilidades: el contenido de cada artículo es de responsabilidad exclusiva del autor o autores y no compromete la opinión de los editores o del CMP.

Editado e impreso en Perú, por REP SAC.

NOTA

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar la dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los autores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

Revistas Especializadas Peruanas

REP SAC
Cervantes 485-502, San Isidro. Lima 27, Perú.
Teléfonos: 4-215-115 / 999-658531
jcandiotti@revistasespecializadas.com

A mi amada esposa Elizabeth,
mi hijo Fabio,
mis padres y hermanos.

A mi querida Facultad de Medicina
de San Fernando de la UNMSM,
a todos mis maestros, principalmente a
los doctores Pedro Ortiz,
Alberto Perales, Elard Sánchez,
Enrique Bojórquez, Ricardo Bustamante y
Alberto Fernández.

Contenido

1. Historia clínica psiquiátrica integrada 15

Partes de la historia clínica psiquiátrica integrada 16

1. Filiación 26

2. Anamnesis (episodio actual) 26

3. Historia previa 26

4. Sumario diagnóstico 33

5. Áreas cerebrales primarias afectadas 35

6. Plan de trabajo 35

7. Terapéutica 35

2. Psicobiología del desarrollo de la personalidad 63

Organización del cerebro humano 64

El cerebro social humano es diferente al cerebro de los mamíferos 68

La afectividad: el sistema afectivo-emotivo 68

Proceso de formación de la afectividad desde la infancia hasta la adultez 71

Sensaciones afectivas 71

Formación de los sentimientos 73

Rol de la epigenética y los endofenotipos en el desarrollo de la afectividad 74

Disposiciones afectivas (humor o estados de ánimo) y temperamento 77

Formación de los conocimientos 79

Formación de los valores 79

Conclusión 80

3. Glosario 83

Prólogo

Es doblemente placentero, prologar este libro 'Neurociencias y Psiquiatría: la historia clínica integrada', pues además de ser un esfuerzo encomiable que aporta al trabajo médico, tiene como autor a un colega al que conozco desde su etapa de formación como psiquiatra y al que he venido siguiendo de cerca en su crecimiento profesional y en particular en su interés por acercar las neurociencias a la clínica psiquiátrica. Este texto claramente va en esa dirección.

La propuesta, que el doctor Aguilar nos alcanza en esta obra, es importante por varias razones. Así, en primer lugar, destaca el tema en sí, la historia clínica, que a pesar de ser nuestra herramienta diagnóstica cotidiana, no ha sido suficientemente debatida y evaluada en los últimos tiempos. En segundo lugar, nos propone una historia clínica basada en un modelo teórico, la Teoría informacional de la personalidad, desarrollada por el desaparecido maestro doctor Pedro Ortiz, y que desde esa perspectiva resulta ser el primer esfuerzo de aplicar y acercar dicha teoría con la clínica psiquiátrica. En tercer lugar, nos entrega un esquema de historia clínica semiestructurada, sumamente útil porque permitirá su uso no solo clínico, sino también en tareas docentes y de investigación.

Viene ahora la parte más difícil, que es la aplicación de este nuevo modelo de historia clínica al trabajo asistencial de todos los días, lo que exigirá no solo un esfuerzo docente y de capacitación intensa y persistente de quienes participan de esta corriente del conocimiento aplicada a la medicina, sino también confrontar dicho conocimiento en el estudio concreto de nuestros pacientes. Creo que la ciencia será beneficiada y enriquecida en todo este proceso.

Dr. Enrique Bojórquez Giraldo
Profesor Principal
Facultad de Medicina, UNMSM

Introducción

Tradicionalmente la psiquiatría se ha desarrollando en base a la psicopatología y el examen mental como un método y forma de explicar los trastornos mentales mientras que la neurología lo hizo a través de la neuropsicología y el examen neurológico para explicar las enfermedades neurológicas; esta dicotomía tradicional ha tenido esfuerzos frustrados de unificación, a pesar de ambas disciplinas tiene el mismo objeto de estudio (El cerebro), afortunadamente el advenimiento y desarrollo de las neurociencias actuales nos plantean nuevos retos de integración, una de ellas son las neurociencias cognitivas, la neuropsicología, la psicopatología y la propuesta de las teoría informacional de la personalidad (TIP) desarrollada por Pedro Ortiz Cabanillas, con el aporte de sus discípulos en especial Pablo Zumaeta, Santiago Paredes, José Camacho, Belisario Sanabria, Hugo Cebreros, Manuel Chávez, Julio Huamán, María Meza, entre otros. Esta integración sería mucho más apropiado si se diera con la previa integración de las ciencias naturales dentro de las ciencias sociales; luego con una fusión dialéctica de la teoría y la práctica de las disciplinas de la mente y del cerebro, y finalmente con una concepción del hombre que explique las relaciones que efectivamente se dan entre la sociedad, la conciencia y la personalidad como lo plantea la TIP.

Las enfermedades, trastornos, defectos y deterioros neuropsíquicos de la personalidad que sufren las personas son determinados no solo patogenéticamente (desde la actividad bioquímica de las células corporales) sino también patocinéticamente (desde la sociedad), los cuales interactúan a diversos niveles de organización e influyen en el desarrollo, defecto o deterioro de la personalidad en el marco del entendimiento del cerebro tripartito, de estructura y actividad, de lo normal hacia lo patológico, que en última instancia sustentará el propósito de lograr una explicación integrada y sistémica de estos procesos.

El presente libro denominado 'Neurociencias y psiquiatría: la historia clínica integrada' está organizado en tres capítulos. En el primer capítulo se desarrolla la historia clínica psiquiátrica e integrada y se propone como parte del desarrollo de esta aspiración, una historia clínica integrada, basada en los conceptos fundamentales de la TIP, del cual en el presente libro se trascriben íntegramente sus conceptos fundamentales; así mismo el objetivo principal es que el entrevistador aplique una especie de guía para desarrollar la historia clínica integrada y de esta manera conocer la historia de la personalidad concreta del paciente, del mismo se ha realizado la asignación de diversos síntomas.

En el segundo capítulo se presenta la psicobiología del desarrollo de la personalidad y se pone énfasis en la formación de la estructura de la personalidad, así como del desarrollo normal de la personalidad y la importancia de prevenir a partir de esta concepción, no solo el efecto de diversas variables sociales patocinéticas sobre el cerebro tales como corrupción, desnutrición, analfabetismo, impunidad, violencia e indolencia; prostitución, abuso sexual, aborto, descomposición familiar, narcotráfico; terrorismo, delincuencia, falta de higiene y agua potable, contaminación, abandono, accidentes, traumatismos entre otras determinantes sociales; sino también y simultáneamente por el efecto de múltiples variables patogenéticas tales como calor o frío excesivo, los desastres naturales, sustancias tóxicas, virus, bacterias y parásitos, variables todas que en última instancia determinarán finalmente los trastornos de la conciencia y, por ende, de la personalidad en su conjunto.

En el tercer capítulo se presenta un glosario de términos y síntomas que están ordenados alfabéticamente, de esta manera se enlistan las principales conceptos de la TIP, y de los síntomas psíquicos (psicopatológicos o neuropsicológicos) y sus probables asociaciones con determinadas enfermedades, trastornos deterioros o defectos que el paciente pueda estar presentando..

No se pretende abarcar en su totalidad la información neurocientífica actual, sino por el contrario es un objetivo prioritario que el entrevistador se pueda ubicar y que a partir de ella, pueda a su vez ampliar a través de otros textos la obtención, interpretación y aplicación de los dato obtenidos.

Es importante informar que la mayor parte de ítems de la historia clínica integrada se presenta en forma de tablas, para que el lector la pueda seguir y guiarse de una manera sistemática y didáctica acerca de la obtención de los síntomas de esta historia. Al finalizar el capítulo,

y ya habiendo obtenido los datos pertinentes, es indispensable que el problema del paciente pueda ser determinado o especificado en cual quiera de estas posibilidades que la TIP propone, para de esta manera enfrentar con más éxito la atención del paciente, por ello es capital que se logre la explicación de estos procesos patocinéticos y patogenéticos que son importantes para valorar su efecto real a diversos niveles de la organización de la personalidad, así por ejemplo a nivel genético-celular este problema pueda ser explicado por una falla genética, neoplásica, degeneración o destrucción celular; mientras que a un nivel metabólico la explicación se daría por una falla inmunitaria puede ser por exceso (inflamación), o por defecto, o ser explicada una falla endocrina que a su vez puede también por exceso o por defecto; mientras que otra explicación se daría a un nivel funcional la cual a su vez puede ser por una insuficiencia funcional, obstructiva, acumulativa, eliminativa; de descontrol funcional o anomalías en el desarrollo; mientras que la explicación del problema a un nivel paleocortical-inconciente puede ser ya sea por reducción, pérdida, incremento o una desintegración de la actividad inconciente afectiva o cognitiva. Y finalmente la explicación a un nivel neocortical-conciente la explicación se dará por reducción, pérdida, incremento o desintegración de la actividad preconciente (habla, lectura, cálculo), o a un nivel conciente propiamente dicha (afectiva, cognitiva o conativa), o a un nivel epiconciente (de la percepción, la imaginación, el pensamiento o la actuación).

Historia clínica psiquiátrica integrada

1

Toda historia clínica tiene valor administrativo, legal, estadístico y clínico. La presente historia clínica psiquiátrica integrada tiene como base a la neurociencias sociales (es la teoría del sistema nervioso personal, cuya finalidad es la explicación de la actividad psíquica de la personalidad) así como en las ciencias teóricas de la neuropsicología y a la psicopatología; y cuyo objetivo final, es que explique las relaciones entre la sociedad, la conciencia y la personalidad así como la práctica del cuidado de la salud y la atención médica que incluya a las personas en su real dimensión de integridad, autonomía y dignidad. Es menester mencionar que la presente historia clínica no está sustentada en base a la actuales neurociencias naturales (cognitiva o afectiva).

Según Ortiz CP, el médico debe ser capaz de explicar los trastornos de índole neuropsíquica que tienen o sufren las personas, que son determinados no solo petrogenéticamente (información que procede desde la actividad bioquímica de las células corporales) sino también patocinéticamente (información que procede desde la sociedad).

Tradicionalmente se obtiene se realiza la historia clínica y se examina el organismo (frecuentemente no se realizan el denominado examen mental), para obtener los síntomas, signos clínicos y los datos paraclínicos; con ellos se construyen los síndromes, los que se confrontan con una lista de causas de las enfermedades para luego aplicar un tratamiento determinado, pronosticando, de esta manera, el curso de la vida del paciente y su enfermedad.

La teoría informacional de la personalidad (TIP), del mismo modo, propone (como una alternativa adicional a las existentes, entiéndase así)

examinar la historia de la personalidad del paciente por medio de la anamnesis, y su estado actual por observación directa y de instrumentos auxiliares, estos hallazgos se registran en la historia clínica psiquiátrica integrada con los datos clínicos pertinentes, con el objetivo de explicar los procesos patogenéticos y patocinéticos del enfermo, en base de la teoría de una enfermedad determinada; esta aproximación en términos generales tiende a modificar favorablemente el curso de los procesos patológicos por medio de procedimientos terapéuticos prediciendo de esta manera el curso probable de la historia del enfermo, bajo los efectos del tratamiento o sin ellos.

Finalizado el examen de la actividad personal (Ortiz, 1996, 1999; Ortiz y otros, 2006, Aguilar 2014), el examinador debe registrar la biografía clínica del paciente siguiendo el esquema que más convenga dadas las circunstancias, con el único requerimiento de que los síntomas o signos sean debidamente descritos, clasificados y designados.

PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA INTEGRADA

La estructura del modelo de la 'historia clínica psiquiátrica integrada' presenta las siguientes partes:

1. Filiación
2. Anamnesis
3. Historia previa
4. Sumario diagnostico
5. Áreas cerebrales primarias afectadas
6. Plan de trabajo
7. Terapéutica

A continuación, se presenta la estructura general de la historia clínica psiquiátrica integrada.

1. Filiación
2. Anamnesis
3. Historia previa
   - A historia del desarrollo de la personalidad
     1. Historia prenatal y perinatal
     2. Infancia (0-3 años)
     3. Niñez (3-12 años)
     4. Adolescencia (12 a 18 años)
     5. Personalidad ampliada (+18 años)
   - B antecedentes personales patológicos/consumo sustancias/ medicas/ psiquiátricas
   - C antecedentes socioeconómicos
   - D historia personal farmacológica
   - E estructura familiar y antecedentes patológicos médicos psiquiátricos
   - F examen físico, somático y visceral actual de la persona
     - F.1 Examen físico
     - F.2 Trastornos viscerales
       - F.2.1 Sensibilidad visceral
       - F.2.2 Motilidad visceral
     - F.3 Trastornos somáticos
       - F.3.1 Sensibilidad somática
       - F.3.2 Motilidad somática
   - G actividad conciente (estado vigil o claridad de conciencia):
     - G.1 Grado de la actividad
       - G.1.1 Grado de la actividad espontánea o anublamiento (cualitativa)
       - G.1.2 Grado de reactividad (cuantitativa)
     - G.2 Grado de organización cerebral
       - G.2.1 Ansiedad
       - G.2.2 Atención
       - G.2.3 Expectación
     - G.3 Grado de capacidad comunicativa y el habla
       - G.3.1 Supratonal
       - G.3.2 Supraverbal
   - H estructura de la conciencia
     - H.1 Temperamento y síntomas
     - H.2 Intelecto y síntomas
     - H.3 Carácter y síntomas
   - I. Procesamiento conciente (epiconciente)
     - I.1 De la percepción
     - I.2 Del pensamiento
     - I.3 De la imaginación
     - I.4 De la actuación personal
4. Sumario diagnostico
   - Eje I: diagnosticos clínicos (CIE 10)+ enfermedades médicas
   - Eje II: deterioros adaptación de la escala de evaluación de incapacidades de la OMS (%)
   - Eje III: factores ambientales y circunstanciales
5. Áreas cerebrales primarias afectadas
6. Plan de trabajo
7. Terapéutica

Historia clínica psiquiátrica integrada (Aguilar, 2014)

Nombre_____

Servicio _____ Cama ____

N.° de historia clínica _____

1. FILIACIÓN

Edad (años)	Sexo Masculino ☐ Femenino ☐	
Domicilio		
Teléfono/celular	Dirección electrónica	
Documento de identidad	N° Essalud	N° SIS
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Procedencia
Fecha de ingreso	Fecha de elaboración de historia	
Confiabilidad del paciente	Confiabilidad de la familia	
Estado civil	Conviviente ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐	
Profesión		
Grado de instrucción	Analfabeto ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐	
Ocupación	Religión	
Vive con:	Acompañante	
Entrevistador		

2. ANAMNESIS

Informantes_____

Tiempo de enfermedad _____Inicio _____

Curso _____

Signos y síntomas principales _____

Episodio actua _____ Inicio _____

Curso _____

Relato _____

_____

_____

_____

_____

_____

3. HISTORIA PREVIA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

A. Desarrollo de la personalidad

1. Historia prenatal y perinatal: _____

2. Infancia (0-3 años): _____

a. Área afectiva	b. Área cognitiva (desarrollo psicomotor)	c. Área motivacional

3. Niñez (3-12 años): _____

a. Área afectiva	b. Área cognitiva	c. Área motivacional

4. Adolescencia (12 a 18 años): _____

a) Área afectiva	b) Área cognitiva	c) Área motivacional

5. Personalidad ampliada (+18 años): _____

a. Dignidad (solidaridad)	b. Autonomía (libertad)	c. Integridad (justicia)

B. Antecedentes personales patológicos/consumo sustancias/ medicas/ psiquiátricas

1. Infancia	2. Niñez	3. Adolescencia

C. Antecedentes socioeconómicos

Vivenda:	Urbano ( )	Urbano-marginal ( )	Rural ( )
Tenencia de la vivienda:	Propia ( ) Guardianía ( )	Alquilada ( ) Alojado ( )	Multifamiliar ( ) Vía pública ( )
Material vonstrucción:	Noble y acabado ( ) Rústico ( )	Noble sin acabar ( ) Precario ( )	Mixto ladrillo/estera ( )
Tipo de familiar	Multifamiliar ( )	Unifamiliar ( )	
Hacinamiento:	N.° personas del hogar:		N° personas/N° habitaciones: /
Actitud familiar al paciente	Rechazo ( )	Aceptación ( )	Sobreprotección ( )
Dinámica familiar:	Funcional ( )	Disfuncional ( )	
Tipo de familia:	Nuclear ( ) Equivalente ( )	Extensa ( ) Subtipo: _____	Monoparental ( ) Vive sola ( )
Servicios básicos:	Agua c/conexión domiciliaria	( )	Conexión pozo ( )
	Bidón ( )	Desagüe: ( )	Tiene silo ( )
	Alumbrado eléctrico ( )	Teléfono ( )	Internet ( )
Ocupación:	Estable ( ) Eventual ( )	Independiente ( ) Desempleado ( )	Contratado ( )
Ingreso económico:	Menos de 1 RMV ( )	De 1 a 2 RMV ( )	3 o más RMV ( )

RMV: remuneración mínima vital

D. Historia personal farmacológica

Fármaco	Dosis (mg)	Fecha de inicio	Fecha de término	Resultado

E. Estructura familiar y antecedentes patológicos médicos psiquiátricos

Nombre y apellidos	Estado civil	Parentesco	Edad	Grado de instrucción	Ingresos (N.° RMV)	Enfermedades médicas/tto	Enfermedades psiquiátricas/tto

Confiabilidad de la información obtenida: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

Alergias: ____ Peso: ___ kg Talla: ____ cm

IMC:_____ Orina: _____ Deposiciones: _____

IMC: índice de masa corporal

F. Examen físico, somatico y visceral de la persona

F.1 Examen físico

Estado general: colabora con la entrevista: sí ( ) no ( )

Vestimenta: _____

FC ____ Lat/min PA ____ / ____ mmHg Temperatura ____ °C FR _____ Resp/min

Malestar general: sí ( ) no ( )

Piel _____

Aliño:	bueno	( )	regular	( )	malo	( )
Contacto visual:	sí	( )			no	( )
Cabeza	ojos rojos	( )	supuración de oídos	( )	secreción/obstrucción nasal	( )
Lesiones	mucosa oral	( )	mucosa lingual	( )	mucosa faríngea	( )
Cuello	dolor	( )	se palpa tiroides	( )	se palpa ganglios	( )
Tórax	dolor torácico	( )	dolor precordial	( )	palpitaciones	( )
	tos	( )	expectoración	( )		

Pulmones _____

Corazón _____

Abdomen _____

Región pélvica y extremidades _____

F.2 Trastornos viscerales. Marcar con una X, si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

F.2.1 Sensibilidad visceral

No aplica	( )	Malestar general	( )	Náuseas	( )	Dolor visceral	( )
Prurito	( )	Pirosis	( )				

F.2.2 Motilidad visceral

No aplica	( )	Vómitos	( )	Estreñimiento	( )	Diarreas	( )
Meteorismo	( )	Disuria	( )	Disnea	( )	Palpitaciones	( )

F.3 Trastornos somáticos. Marcar con una X, si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

F.3.1 Sensibilidad somática

No aplica	( )	Cefalea	( )	Dolor facial	( )	Dolor cervical	( )
Dolor lumbar	( )	Dolor dorsal	( )	Neuralgias	( )	Calambres	( )
Parestesia	( )	Visión borrosa	( )	Hemianopsia	( )	Visión doble	( )
Sordera	( )	*Tinnitus*	( )	Vértigo	( )	Mareos	( )
Anosmia	( )	Ageusia	( )				

F.3.2 Motilidad somática

No aplica	( )	Debilidad muscular	( )	Paresias	( )	Ataxia	( )
Temblor	( )	Discinecias	( )	Rigidez muscular	( )	Babinski	( )
Trastornos de la postura	( )	Movimientos coreicos y atetósicos			( )		
Sacudidas o crisis motoras	( )						

G. Grado de actividad personal (estado vigil o la claridad de conciencia y sus trastornos (antes llamados trastornos en el *arousal*):

Marcar con una X, solo si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

G.1. Grado de la actividad: no aplica ( )

G.1.1. Grado de la actividad espontánea o anublamiento (cualitativa):

Hiperactivo-hipercinético	( )	Normoactivo	( )	Hipoactivo-hipocinético	( )
Acinético	( )				
Estado oniroide	( )	Delirium-delirio	( )	Estados crepusculares	( )
Insomnio	( )	Hipersomnia	( )	Parasomnias	( )
Pérdida del conocimiento	( )	Fugas	( )	Automatismo	( )
Crisis parciales complejas	( )				

G.1.2 Grado de reactividad (cuantitativa)

Obnubilación	( )	Somnolencia	( )	Estupor	( )
Coma	( )	Coma profundo	( )	Estado vegetativo persistente	( )

G.2. Grado de organización cerebral: no aplica ( )

G.2.1. Ansiedad:	Hipoalerta	( )	Alerta	( )
	Hiperalerta	( )		
G.2.2. Atención:	Inatención visual	( )	Inatención táctil	( )
	Inatención auditiva	( )	Inatención motora	( )
	Atenuación del estímulo	( )	Extinción sensorial	( )
G.2.3. Expectación:	Aprosexia- hipoprosexia	( )	Hiperprosexia	( )
	Perseveración	( )	bloqueos	( )

G.3. Grado de capacidad comunicativa y el habla.

Marcar con una X, si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

G.3.1. Supratonal:	Espasmofemia	( )	Aprosodia	( )
	Musitación	( )	Taquilalia	( )
	Bradilalia	( )	Verborrea	( )
G.3.2. Supraverbal	Neologismos	( )	Disartria	( )
	Ensalada de palabras	( )	Parasintaxis	( )
	Pararrespuestas	( )	Verbigeración	( )
	Palilalia	( )	Coprolalia	( )
	Habla embrollada	( )	Circunstancialidad	( )
	Afasia de Broca	( )	Afasia de Wernicke	( )
	Afasia de conducción	( )	Afasia amnésica	( )
	Afasia global	( )	Afasia de comprensión	( )

H. Estructura de la conciencia

H.1. Temperamento y síntomas. Marcar con una X, si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

Hiporexia	( )	Hiperfagia	( )	Polidipsia	( )
Hipodipsia	( )	Hiposexualidad	( )	Hipersexualidad	( )
Frigidez	( )	Disfunción eréctil	( )	Afecto inapropiado	( )
Anafectividad	( )	Labilidad emocional	( )	Incontinencia afectiva	( )
Rigidez afectiva	( )	Frialdad afectiva	( )	Hiperemotividad	( )
Humor disfórico	( )	Humor expansivo	( )	Euforia	( )
Ambivalencia afectiva	( )	Anhedonia	( )	Tristeza patológica	( )
Alexitimia	( )				

H.2. Intelecto y síntomas. Marcar con una X si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

Agnosias visuales	( )	Agnosias auditivas	( )	Agnosias táctiles	( )
Indiferenciación derecha-izquierda	( )	Imágenes eidéticas	( )	Autopropagnosia	( )
Prosopagnosia	( )	Discalculia	( )		

H.3. carácter y síntomas. Marcar con una X si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

Apatía	( )	Ambivalencia	( )	Negativismo	( )
Abulia	( )	Hipobulia	( )	Hiperbulia	( )
Hipercinesia	( )	Agitación psicomotriz	( )	Indolencia	( )
Astenia	( )	Indiferencia	( )	Despersonalización	( )
Desrealización	( )	Impulsividad	( )	Agresividad	( )
Apraxia	( )				

I. Actividad de la conciencia (procesamiento conciente o EPIConcIENTE):

I.1 Procesos percepción. Marcar con una X, si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

Inatención visual	( )	Agnosia visual	( )	Alexia	( )
Alucinaciones auditivas	( )	Alucinaciones visuales	( )	Alucinaciones gustativas	( )
Alucinaciones táctiles	( )	Alucinaciones olfatorias	( )		
Acinestesia	( )	Hiperestesia	( )	Disestesia	( )
Hipo-anestesia	( )	Inatención verbal	( )		
Memoria de retención verbal:		A corto plazo alterado	( )	A largo plazo alterado	( )

Conciencia de enfermedad mental-insight-estado de la actividad cerebral por efecto del trastorno psíquico: ( )

I.2 Procesos de pensamiento. Marcar con una X si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

Memoria semántica-hechos impersonales	( )			Hipermnesia	( )
Autotopoagnosia	( )	Agnosia digital	( )	Indiferenciación der/izq.	( )
Desorientación en tiempo	( )	Ideas sobrevaloradas	( )	Delusiones/delirio primario	( )
Ideas delusivas/delirio secundario	( )	Ideas suicidas	( )	Ideas de culpa	( )
Ideas de minusvalía	( )	Ideas homicidas	( )	Hipocondría	( )
Idea obsesiva	( )	Idea fóbica	( )		
Pensamiento:		Autista	( )	Mágico	( )
		Ilógico	( )	Tangencial	( )
		Incoherente	( )	Perseverativo	( )
		Bloqueo de pensamiento	( )	Pensamiento abstracto	( )

I.3 Procesos de la imaginación: Marcar con una X si es positivo (X); y con guion, si es negativo (–)

Memoria de imágenes (memoria episódica-recuerdo hechos personales ( )

Amnesia anterógrada	( )	Amnesia retrógrada	( )
Desorientación para el lugar	( )	Desorientación espacial o topográfica	( )
Confabulación-falsos recuerdo	( )	Asomatognosia	( )
Anosognosia	( )	Eaustoscopia	( )
Inatención visuoespacial y apraxia constructiva	( )	No solución de problemas concretos	( )

I.4 Procesos de la actuación personaL: Marcar con una X si es positivo (X) y con guion, si es negativo (–)

Praxis:	Apraxia	( )				
Posición:	Ecopraxia	( )	Ecolalia	( )	Ecomimia	( )
	Negativismo extremo	( )	Hemiplejia	( )	Flexibilidad cérea	( )
Movimiento:	Tics	( )	Temblor	( )	Movimientos coreicos	( )
	Convulsiones	( )	Movimientos atetósicos	( )	Distonía aguda	( )
	Discinesias	( )	Reacción de último momento	( )		
	Obediencia automática	( )	Contacto visual ausente:	( )		
Fuerza:	Paresia	( )	Parálisis muscular	( )	Fatiga-astenia	( )
Coordinación motora	Ataxia	( )	Perseveración	( )	Estereotipias	( )
	Automatismos	( )	Compulsiones	( )		
Cinesis del movimiento:	Amimia-hipominia	( )	Acinesia-hipocinesia	( )	Acatisia	( )
Reactividad miotática:	Arreflexia	( )	Hiporreflexia	( )	Hiperreflexia	( )
Reactividad adaptativa:	No succión	( )	No prehensión	( )		

4. SUMARIO DIAGNÓSTICO

Eje I: Diagnósticos clínicos (CIE 10)+ enfermedades médicas

Formulación principal y código	Posibilidad a descartar y código
1……	……..
2……	……..
3……	……
4……	……..
5……	……..
6……	……..
7……	……..
8……	……..

Eje II. Deterioros: adaptación de la escala de evaluación de incapacidades de la OMS (%)

A. Cuidado personal y supervivencia..... (%)

B. Funcionamiento ocupacional: performance en el papel asignado como trabajador remunerado, estudiante o ama de casa..... (%)

C. Funcionamiento con la familia: interacción con la esposa, padres, hijos y otros familiares..... (%)

D. Funcionamiento en los desempeños y actividades: interacción con otros individuos y la comunidad en general y actividades de tiempo libre.....(%)

Eje III. Factores ambientales y circunstanciales (especificar subtipos); Códigos T74, Z63, Y49.

III.1. Problemas relacionados con el abuso o negligencia (T74)

Negligencia y/o abandono	(T74.0)	Maltrato físico	(T74.1)
Abuso sexual	(T74.2)	Maltrato emocional o psicológico	(T74.3)
Maltrato mixto	(T74.8)	Síndrome de maltrato no especificado	(T74.9)

III.2. Problemas de relación

Problemas conyugales	(Z63.0)
Problemas paterno filiales	(si el objeto de atención es el niño Z63.1)
Problemas de relación asociados a un trastorno mental o una enf. médica	(Z63.7)
Problemas de relación entre hermanos	(F93.3)
Problema de relación no especificado	(Z63.9)

III.3. Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica

Problema académico	(Z55.8)	Problema laboral	(Z56.7)
Problema biográfico	(Z60.0)	Problema de aculturación	(Z60.3)
Duelo	(Z63.4)	Problema religioso o espiritual	(Z71.8)
Simulación	(Z76.5)	Incumplimiento terapéutico	(Z91.1)
Capacidad intelectual límite	(R41.8)	Problema de Identidad	(F93.8)

Comportamiento antisocial del adulto (Z72.8)

Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (Z72.8)

Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (R41.8)

Otros ..... Especifique:……..……...……

5. ÁREAS CEREBRALES PRIMARIAS INVOLUCRADAS

……
……
……
……
……

6. PLAN DE TRABAJO

– _____
– _____
– _____
– _____
– _____

7. TERAPÉUTICA

– _____
– _____
– _____
– _____
– _____

Persona que elabora la HC: _____

DESCRIPCIÓN DE LAS PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA INTEGRADA

A continuación se describe las partes de esta historia.

1. Filiación

Es indispensable consignar datos relevantes sobre la identificación del paciente pues la historia clínica constituye un documento de alto valor médico, gerencial, legal y académico. Se recomienda observar bien al paciente durante la toma de datos; notar si proporciona adecuadamente su nombre completo y demás datos; es importante apreciar si el paciente demuestra conciencia de sí mismo y cómo está su autoestima; de manera indirecta podemos intuir sobre su propia apreciación subjetiva de su estado general. Por el contrario, si no proporciona su nombre y sus datos, podemos sospechar que el paciente estaría padeciendo un estado de delirio, un trastorno cerebrovascular en curso, alguna afasia, retraso mental, demencia u otros problemas.

2. Anamnesis (episodio actual)

Se recomienda especificar la naturaleza del problema clínico o molestias principales por el cual el paciente busca ayuda y confrontar, en lo posible, la versión del paciente con la de los informantes y la cultura predominante del paciente. Estos datos sirven para la comprensión del origen de la enfermedad, trastorno, defecto o deterioro del paciente.

3. Historia previa

Amplíe la información obtenida en la anamnesis sobre el problema clínico del paciente con el objetivo de lograr un real entendimiento.

En la personalidad en formación, la percepción es la estrategia básica del cerebro despierto, que desintegra la información social en relación con las sensaciones afectivas y cognitivas actuales (paleocortical) para luego codificarla en la neocorteza bajo la forma sentimientos, conocimientos y valores.

A. Desarrollo de la personalidad

1. Historia prenatal y perinatal. ¿Fue un hijo deseado?, ¿surgieron dificultades durante el embarazo y el parto?, ¿lloró rápido al nacer?, ¿por alguna razón, luego que naciera, el bebé estuvo en la unidad de cuidados intensivos?, ¿su madre presentó hiperemesis gravídica?

2. Infancia (0-3 años)

Obtener los datos del padre, madre o persona que cuidó del paciente cuando este era infante.

a. Área afectiva

La formación de los sentimientos como estrategia es básicamente perceptual, simultánea y casi instantánea; se realiza al codificar la información social tradicional proveniente de la familia. Por ello, pregunte datos acerca del desarrollo de la socialización del infante en el seno de su familia: ¿tuvo lactancia materna?, ¿quién fue el cuidador primario del bebé?, ¿fue su madre, padre, la 'nana', la abuela materna o paterna u otro familiar?, ¿cómo se realizó el proceso de separación o individuación?, ¿era un niño muy tranquilo o difícil?, ¿demostraba afecto ante la interacción con sus familiares o conocidos?, ¿jugaba y se integraba con niños de su edad?, ¿algún familiar conoce datos sobre el abuso sexual o tocamientos al paciente?, ¿fue maltratado física o psicológicamente?, ¿sus padres vivían juntos o estaban separados?, ¿seguía con la mirada a las personas, entablaba contacto visual?, etc.

b. Área cognitiva (desarrollo psicomotor)

Simultáneamente empieza la codificación de la información social cognitiva. Las palabras de contenido son las primeras formas de información social con respecto a los objetos de uso más inmediato y frecuente. La relación semántica entre los objetos vistos, oídos o tocados con los nombres, adjetivos y verbos que oye es el primer vínculo entre la actividad inconciente (paleocortical) del infante y la realidad social concreta. Por ello, ocurre una doble codificación de los objetos en sí y el léxico respectivo. En este sentido: ¿a qué edad empezó a jugar sentado (sin sostén ni ayuda)?, ¿gateó (de rodillas)?, ¿se puso de pie libremente sin ayuda de las manos?, ¿caminó solo?, ¿subía las escaleras alternando los pies?, ¿masticó normalmente?, ¿bebía solo, por propia iniciativa (levantaba el vaso, lo llevaba a la boca, lo bebía y volvía a ponerlo en la mesa)?, etc.

c. Área motivacional

La relación semántica entre los hechos actuales y las primeras frases oídas (y/o emitidas) son el primer paso hacia una codificación de la información conativa acerca de las acciones intencionales que son parte del proceso social

(tradicional, familiar e interpersonal) en curso; la estrategia es predominantemente actuante. A esta edad los datos son muy laxos y difíciles de interpretar debido a la alta variabilidad del desarrollo del infante. Se sugiere valorar el dato con relación a la cultura prevalente donde vivía el infante. Preguntar, por ejemplo: si era un infante extremadamente difícil en su cuidado, si llorando obligaba a los padres a que lo cargaran por muchas horas o si agredía con crueldad extrema a niños menores que él.

3. Niñez (3-12 años)

El paciente, la madre o los familiares pueden proporcionar datos en las diferentes áreas.

a. Área afectiva

Valorar en el niño su grado de sensibilidad e impresionabilidad, sus grados de actividad y reactividad emocionales ante situaciones cotidianas, el ritmo de sus actividades (que pueden ser pausadas o vivaces), su rigidez o plasticidad ante los cambios, su facilidad para pasar de un estado emocional a otro, cuáles son/fueron sus sentimientos más prevalentes y rutinarios. Ayuda si preguntamos, por ejemplo: ¿cómo es su genio?, ¿cómo es su manera de ser?, etc.

b. Área cognitiva

Obtenga datos respecto a la edad en que se cepilló solo y sin ayuda, cuál fue o es su rendimiento académico en el jardín y/o colegio, si presentaba dificultades para aprender o sus profesores referían que era muy distraído; si suele prestar o no atención a los detalles, comete errores frecuentemente en el colegio, si le cuesta mantener la atención en tareas o juegos, parece que no escucha cuando se le habla, si suele finalizar las tareas o encargos que empieza y no, si suele seguir las instrucciones que se le mandan o no; si con frecuencia intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido, como actividades escolares o tareas domésticas; si pierde objetos frecuentemente, si se distrae con cualquier estímulo irrelevante; si es descuidado en las actividades de la vida diaria.

c. Área motivacional

Averiguar si discute mucho, actúa impulsivamente sin pensar, se hace daño intencionalmente o intenta suicidarse, realizaba berrinches extremos a la edad de cuatro o cinco años; si actúa

con extrema crueldad con los animales recién nacidos o muy pequeños, llegando incluso a matarlos; si sus familiares suelen expresar: "de niñito, jugando sin querer, se le morían sus mascotitas, pollitos o patitos muy pequeños".

4. Adolescencia (12 a 18 años)

El paciente puede proporcionar estos datos pero, cuando sea necesario, obtenga datos de sus familiares, testigos o amigos, quienes podrán estar en mejores condiciones para advertir los cambios en el paciente.

a. Área afectiva

Indagar si el paciente se queja de soledad, si presenta cambios abruptos de estado de ánimo o de sentimiento, cómo es su interacción con otras personas; si su conducta sexual es seductora o provocativa, si es fácilmente celoso; si cree que los demás lo persiguen, si es reservado y suspicaz, si no comparte con otros sus secretos; si es alegre o melancólico, serio o bromista, etc.

b. Área cognitiva

Explorar la facilidad con la que ha adquirido y aplica sus habilidades cognitivas y prácticas. Podemos hacerlo al apreciar en la forma en que evoluciona su rendimiento académico en el colegio y/o universidad, en el juego o el trabajo (si corresponde).

c. Área motivacional

Pregunte si el adolescente actúa impulsivamente sin pensar, si discute mucho, ataca físicamente a otros, es cruel, prepotente o actúa con maldad hacia otros; si grita mucho, se hace daño intencionalmente o intenta suicidarse, destruye sus propias cosas, habla de matarse, presume y alardea constantemente; si es desobediente en casa y/o la escuela, siente que tiene que ser perfecto, llama la atención o payasea; si actúa con crueldad, prepotencia o maldad hacia otros, es cruel con los animales, destruye cosas que pertenecen a su familia u otros; si no parece sentirse culpable después de portarse mal, se involucra en muchas peleas, actúa en modo impulsivo o sin pensar, miente o hace trampa, huye de casa, prende fuego, roba en casa, roba fuera de casa, amenaza a personas, realiza acciones de vandalismo; si es haragán, no va a la escuela; si siente o se queja de no ser querido, es apático, ambivalente, negativista, abúlico, indiferente o indolente.

5. Personalidad ampliada (+18 años)

   En la personalidad adulta, el afronte de las vicisitudes de la vida diaria se realiza a través de la percepción del cerebro despierto, que integra la información guardada en la memoria con la información psíquica inconciente que generan los receptores sensoriales ante un estímulo determinado.

a. Dignidad. Preguntar por sus manifestaciones de bondad, exigencia, dedicación a sí mismo y a los demás.

b. Autonomía. Indagar cómo es su desempeño en el trabajo, cuál es la calidad de sus destrezas y cuáles sus grados de eficiencia y rendimiento alcanzados, tanto en las tareas de mayor como menor exigencia.

c. Integridad. Averiguar si el paciente frente al trabajo actúa con entereza, responsabilidad, escrupulosidad, dedicación, disciplina, puntualidad, esmero, orden, cuidado; cómo sus valores, ideales, intereses y aspiraciones en su vida diaria.

B. Antecedentes personales patológicos médicos y psiquiátricos/ consumo sustancias

Consignar si el paciente presentó enfermedades infectocontagiosas, convulsiones, enfermedades congénitas, desnutrición infantil, asma, enfermedades metabólicas, traumas u otros en la infancia, la niñez, la adolescencia y/o adultez, según corresponda.

C. Antecedentes socioeconómicos

Proporcionan datos de naturaleza patocinética que influyen en la personalidad del paciente. Consigne datos acerca del tipo de su vivienda, si es propia o alquilada, cuál es su grado de hacinamiento; la actitud familiar más prevalente, qué tipo de familia es, si tiene accesos a servicios básicos; divida su ingreso económico mensual (expresado en soles) entre el monto de la remuneración mínima vital (RMV) vigente a la fecha de la toma de datos de la historia clínica y consigne si su trabajo es fijo o eventual.

D. Historia personal farmacológica

Consigne datos de los psicofármacos que el paciente ingirió, sus dosis, fechas de inicio y término y el resultado en términos de farmacocinética y farmacodinamia (efectividad del fármaco) respecto al trastorno o deterioro que padeció o padece el paciente.

E. Estructura familiar y antecedentes patológicos médicos psiquiátricos:

Consigne datos de los integrantes de su familia, tales como su nombre completo, estado civil, grado de parentesco con el paciente, su edad, grado de instrucción; divida su ingreso económico mensual (expresado en soles) entre monto de la RMV vigente a la fecha de la toma de datos de la historia clínica; las enfermedades 'médicas' y 'psiquiátricas' que padece o ha presentado, con sus respectivos tratamientos instaurados (si las tuviera) y su efectividad correspondiente.

Obtener este conjunto de datos nos permitirá conocer los procesos patocinéticos y patogenéticos que van a determinar directa o indirectamente en la enfermedad, trastorno, defecto o deterioro actual del paciente. En la medida de lo posible, establecer si existe alguna relación, entre los factores patogenéticos y patocinéticos con las relaciones anómalas, contradictorias o antagónicas entre los miembros de su familia.

F. Examen físico, somático y visceral actual de la persona

El examen físico se realiza de acuerdo con los procesos de la semiología; por otro lado, la expresión del efecto de la información patogénica y patocinética sobre el nivel paleocortical paralímbico y heterotípico (visceral y somático respectivamente) puede expresar la presencia de síntomas o trastornos somáticos o viscerales en el paciente.

Encontrar estos trastornos viscerales y somáticos nos permitirá dilucidar con más facilidad el diagnóstico diferencial del problema clínico que presenta el paciente, en razón de que estos signos paleocorticales (al igual que la expresión de otros signos correspondientes a los diferentes niveles de información), también pueden ser explicados por el efecto de la presencia de una enfermedad 'médica', un medicamento o droga.

Por ejemplo, un paciente con anorexia nerviosa puede presentar náuseas y vómitos debido a su trastorno psíquico propiamente dicho; pero esto también podría corresponder al efecto farmacodinámico o farmacocinético tras la ingesta inicial o crónica de un antidepresivo u otro medicamento; del mismo modo, también puede corresponder a la expresión una hipertensión endocraneana por neurocisticercosis o tumores cerebrales, enfermedades 'médicas' como una giardiasis, trastornos metabólicos, intoxicaciones, etc., que pueden estar coexistiendo o no con la actividad de la anorexia nerviosa que padece.

G. Actividad conciente (estado vigil o claridad de conciencia)

G.1 Grado de la actividad,

G.1.1 Grado de la actividad espontánea o anublamiento (cualitativa),

G.1.2 Grado de reactividad (cuantitativa),

G.2 Grado de organización cerebral,

G.2.1 Ansiedad,

G.2.2 Atención,

G.2.3 Expectación,

G.3 Grado de capacidad comunicativa y el habla,

G.3.1 Supratonal,

G.3.2 Supraverbal

La aproximación que el examinador en formación debe seguir para esta secuencia es explicada en la sección G, inmediatamente después de la descripción de las partes de la historia clínica psiquiátrica integrada (página 36).

H. Estructura de la conciencia

H.1 Temperamento y síntomas

H.2 Intelecto y síntomas

H.3 Carácter y síntomas

La aproximación que el examinador en formación debe seguir para esta secuencia propuesta es explicada en la sección H, inmediatamente después de la descripción de las partes de la historia clínica psiquiátrica integrada (página 44).

I. Procesamiento conciente (epiconciente)

I.1 Procesos de percepción,

I.2 Procesos de pensamiento,

I.3 Procesos de la imaginación,

I.4 Procesos de la actuación, personal. Es importante recalcar que los examinadores experimentados pueden obviar totalmente estas secuencias en razón a su experticia alcanzada.

La aproximación que el examinador en formación debe seguir para esta secuencia es explicadas en la sección I, inmediatamente después de las partes de la historia clínica psiquiátrica integrada (página 52).

Es importante recalcar que los examinadores experimentados pueden obviar totalmente estas secuencias en razón de su pericia alcanzada.

4. Sumario diagnóstico

Para delimitar el problema clínico, es de gran ayuda aplicar el ABP (aprendizaje basado en problemas), para ello se abstrae del resumen de la biografía clínica del enfermo, los síntomas primarios tal como se han desarrollado en el tiempo, es decir, en el curso de su historia. Por ello se realiza la biografía desde la concepción (algunos recomiendan realizar también la biografía de los padres), el nacimiento y particularmente en la infancia, niñez y adolescencia, nótese que cada una de estas tres últimas etapas están dividida en un área afectiva, cognitiva y motivacional, lo que facilitara el análisis del desarrollo y evolución de la afectividad (sistema afectivo emotivo, que forma el temperamento) en forma continua desde los 0 a 3 años (infancia), de 3 a 12 años(niñez) y la adolescencia; situación similar se visualizara este desarrollo para la cognición (sistema cognitivo productivo que forma el intelecto) y la motivación (sistema conativo volitivo que forma el carácter), al finalizar los 18 años en promedio, describiremos e interpretaremos la personalidad formada del paciente.

Los datos obtenidos después que el paciente tenga 18 años corresponderá a la personalidad ampliada de su biografía clínica, en razón a que la personalidad en palabras de Vidal (1998): "El ser humano es un ser imperfecto e inacabado, y solo acaba al morir", en esta área exploraremos como la personalidad formada afronta una situación determinada de la vida diaria, en la expresión de sus componentes: del temperamento (se expresa en acciones de dignidad), el intelecto (en acciones de autonomía) y el carácter (en acciones de justicia). (ver ítem A de la presente historia clínica, correspondiente al desarrollo de la personalidad).

La delimitación del problema clínico, consiste en un par de declaraciones en pregunta que expliquen claramente lo que el examinador desea resolver, producir, responder, probar o demostrar en un paciente determinado, puede plantearse en uno o en varios niveles de abstracción: a veces es el síntoma primario, en cuanto es el signo de algún trastorno cuya naturaleza se tiene que descubrir y cuya importancia radica en que de su explicación depende el tratamiento y por lo tanto la salud o la muerte del enfermo. Tal es caso del paciente que se queja de una 'sensación de falta de aire', y

que acude constantemente a la emergencia de un hospital "y no me encuentran nada y me dicen que ponga de mi parte y me envían a mi casa", del paciente que tiene los 'ojos abiertos' pero súbitamente se desorienta en espacio y persona. Otras veces, el problema clínico es el síndrome que se abstrae o deduce de las interrelaciones entre los síntomas encontrados, como puede ser el caso de un paciente con síndrome depresivo, confuso, psicótico, ansioso, afásico, demente, o con agitación psicomotriz etc. También puede ser considerado como problema que merece atención, ya no el síntoma en sí, sino el proceso abstraído que se supone determina el síntoma o el síndrome, sobre todo cuando ello es evidente o se deduce del estado de gravedad del enfermo; tal es el caso del paciente que presenta una enfermedad metabólica como diabetes, hipertiroidismo, drogas, medicamentos, traumas o tiene una enfermedad corporal, ya diagnosticada o no.

Una vez definida la naturaleza del problema clínico, se gradúa la intensidad y amplitud del trastorno, defecto o deterioro, o enfermedad según sea el caso. Este puede ser leve, moderado o severo, lo servirá para pronosticar el devenir del enfermo.

El diagnóstico oportuno, precoz en lo posible, depende en gran medida del cómo se delimitó el problema clínico desde el comienzo, y de las condiciones del servicio o de los recursos técnicos con que se cuenta al momento de la atención médica.

La estrategia del diagnóstico de un enfermo no debe fundamentarse solo en la estructura anatómica del cerebro, sino en la teoría acerca de su propia esencia, porque, en último instancia, lo que interesa es deducir que la estructura de su personalidad ha sido trastornada, es defectuosa o se ha deteriorado, y cómo así, estos cambios afectan la integridad de su actividad conciente, la actividad personal en último término.

Con la finalidad de explicar la naturaleza de los trastornos, defectos o deterioros, se elabora la explicación del enfermo: esta explicación debe reflejar la historia del enfermo; este explicación debe incluir la doble explicación patogenética y patocinética de los trastornos, defectos o deterioros que este enfermo tiene o padece.

En esta elaboración, el examinador debe convertir los síntomas y los hallazgos del examen clínico del enfermo en los signos que ligan el modelo teórico que él mismo ha elaborado, al modelo igualmente teórico que dispone acerca de las enfermedades compatibles con el problema clínico que presenta el paciente.

Este es pues un procedimiento de elaboración lógica que el examinador realiza en su imaginación y pensamiento, y que consiste en la confrontación del modelo explicativo que él mismo ha creado acerca de una persona, con los modelos sociales de las enfermedades que vinieran al caso; esto implica que él debe conocer la teoría de la patogénesis y la patocinesis de los diferentes síntomas y síndromes, así como la teoría de las enfermedades.

La explicación se confirma por medio de la confrontación de los estados sucesivos del enfermo (bajo los efectos del tratamiento, si lo hubiera), con el modelo teórico elaborado acerca de su enfermedad, dado que este modelo incluye el posible desarrollo de la historia de la persona enferma –esto es, el pronóstico–; de este modo, de dicha confrontación se deduce si la historia del enfermo en curso, es compatible (en sentido lógico) con el modelo explicativo elaborado del problema clínico del paciente.

5. Áreas cerebrales primarias afectadas

Confrontar con las áreas cerebrales involucradas de cada sistema o componente de la personalidad.

6,7. Plan de trabajo y terapéutica

Por último, se diseña la estrategia de atención, cuidado y rehabilitación del enfermo o prevención de complicaciones no deseadas, a través del plan de trabajo y la terapéutica integral respectiva de la presente historia. Esta estrategia consiste en una tabla de decisiones acerca del tratamiento médico psicofarmacológico, neuroquirúrgico, apoyo psicoterapéutico, intervención nutricional, intervención de servicio social, enfermería, obstetricia, etc. En suma, esta intervención multidisciplinaria se debe a que el cerebro es un órgano complejo y con múltiples variables que valorar. Esta intervención debe aplicarse previo consentimiento informado conciente del enfermo (o de sus familiares responsables), dentro del marco del respeto que se merece el paciente con respecto a su dignidad, autonomía e integridad.

DESARROLLO DE LAS SECCIONES G, H E I DE LA HISTORIA PREVIA EN LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA INTEGRADA

G. Evaluación de la actividad conciente

Se utiliza para evaluar el estado vigil o la claridad de conciencia y sus trastornos (antes llamados trastornos en el *arousal*).

La evaluación tiene como objeto determinar el grado de suficiencia de las capacidades psíquicas en los estados de sueño y sobre todo en la vigilia, estos son estados de menor o mayor actividad cerebral (dos formas de organización de la actividad personal).

Así el sueño es una forma de organización de la actividad inconciente-subconciente que adopta, a su vez, tres formas de organización cualitativamente diferentes:

- sueño ligero
- sueño profundo
- sueño paradójico.

De modo similar, la actividad epiconciente durante la vigilia se organiza de tres maneras, bajo la formas:

- de ansiedad
- de atención
- de expectación.

La clarificación de estos datos se realizan principalmente cuando al paciente se le solicita la información; cuando la persona se da cuenta y puede dar cuenta de su estado interior y de sus actos, haciendo uso principalmente de su capacidad comunicativa o habla personal.

La actividad conciente tiene tres grados, la actividad cerebral, la organización de su actividad cerebral y la comunicación. Estos grados están totalmente integrados. Por lo tanto, su evaluación no se trata de un examen analítico sino de uno global y sintético, donde se puedan determinar las características de cada uno de los grados. Las características de un grado necesariamente están en función a las de los otros dos.

Se explora en forma general mediante la aplicación de las tablas G.0.1 y G.0:2.

G.0.1. Evaluación de la actividad conciente

Grados de actividad conciente	Comprende	¿Cómo se explora?
1 Grado de actividad cerebral	La amplitud de sus emociones y acciones.	Midiendo la amplitud, la intensidad y la velocidad de la actividad cerebral
2. Grado de organización de su actividad cerebral	La forma de actuar	Como el paciente expresa sus grados de ansiedad, atención y expectación
3. Grado de comunicación	La mayor o menor capacidad del paciente para relacionarse con el entrevistador	Según el tipo de vía de comunicación que prefiera el paciente, por ejemplo en forma verbal, por señas, artículos electrónicos, etc.

G.0.2. Dependencia de las características de los grados de actividad conciente y formas de exploración

Actividad cerebral	Organización de la actividad cerebral	Comunicación
Indica cuán activo está el paciente?	Indica cuál es el grado de su ansiedad, atención y expectación,	Indica cómo se comunica la persona
Depende del grado de organización (la forma de actuar), de su grado de actividad cerebral y de la comunicación (la mayor o menor capacidad del paciente para relacionarse con el entrevistador).	Depende de la observación de la intensidad de su actividad cerebral (la amplitud de sus emociones y acciones) y cómo se comunica (la mayor o menor capacidad del paciente para relacionarse con el entrevistador)	Depende del grado de actividad (la amplitud de sus emociones y acciones) y de la organización de la actividad cerebral (la forma de actuar)
Se explora mediante: - la expresión de sus grados de ansiedad, atención y expectación; - el tipo de vía de comunicación que prefiera el paciente	Se explora mediante: - la amplitud, la intensidad y la velocidad de la actividad cerebral - el tipo de vía de comunicación que prefiera el paciente	Se explora mediante: - medición de la amplitud, la intensidad y la velocidad de la actividad cerebral - la expresión de sus grados de ansiedad, atención y expectación

G.1 Grado de la actividad conciente

Determina el grado o la amplitud de la actividad psíquica de la persona,

Se examina siguiendo las pautas de las tabla G.1.1 –correspondiente al grado de la actividad espontánea o anublamiento (cualitativa)– y de la tabla G.1.2 –correspondiente al grado de reactividad (cuantitativa)–.

G.1.1 Grado de la actividad espontánea o anublamiento (cualitativa)

Inicialmente preguntarse, si a la ectoscopia, el paciente está como despierto, con los ojos abiertos.

¿Cuándo el grado de la actividad espontánea es normal?

Cuando el paciente muestra una actividad espontánea ante el entrevistador. El paciente dirige la mirada rápidamente a las demás personas, responde cuando se le habla. Se muestra tranquilo, calmado y serio. Puede estar de pie o caminando, o encontrarse en reposo, sentado o en cama.

¿En qué situaciones es patológico?

- Cuando aumenta el grado de la actividad espontánea

  Se le ve agitado, excitado y locuaz; en grados leve, moderado o grave.

- Cuando disminuye el grado de la actividad espontánea

  El paciente muestra una actividad espontánea ante el entrevistador. Dirige la mirada lentamente a las demás personas y responde lentamente cuando se le habla. Puede estar de pie o caminando, o encontrarse en reposo, sentado o en cama.

G.1.1 Grado de la actividad espontánea o anublamiento (cualitativa)

Si es normal	Actividad espontánea ante el entrevistador. Dirige la mirada rápidamente a las demás personas. Responde cuando se le habla. Tranquilo, calmado y serio. Puede estar de pie, caminando o en reposo	Normoactivo, lucidez o claridad de conciencia	TDAH, estados maníacos
Si está aumentado	Agitado, excitado y locuaz, en diferente grado.	Hiperactivo o hipercinético	
Si está disminuido	Actividad espontánea ante el entrevistador. Dirige la mirada lentamente a las demás personas. Responde lentamente cuando se le habla, Puede estar de pie o caminando, o en reposo (sentado o en cama).	Hipoactivo o hipocinético (incluso acinético)	Depresión, delirium, estado oniroide, estado crepuscular, amencia, catatonia

Tener en cuenta:

- Paciente con cuadriplejia, puede estar hipoactivo en su extremidades, pero hiperactivo en su rostro.
- Un temblor o convulsión, no quiere decir que necesariamente esté hiperactivo.
- Un paciente en coma está acinético, pero es necesario diferenciar, por un lado, entre estar inmovil y en coma y, por otro, entre estar acinético y despierto.

G.1.2 Grado de la reactividad (cuantitativa)

Inicialmente preguntarse, si a la ectoscopia, el paciente está como dormido, con los ojos cerrados.

¿Cuándo el grado de reactividad es normal?

Si es estimulado, se despierta y adquiere las características de un paciente despierto sin patología,

¿En qué situaciones es patológico?

- Cuando disminuye el grado de reactividad.

  El paciente puede estar obnubilado, somnoliento, estuporoso, en coma superficial, en coma profundo o en estado vegetativo persistente.

G.1.2 Grado de reactividad (cuantitativa)

Alteración patológica (signo)	Características	Se aprecia en:
Obnubilado (embotamiento)	Responde al llamado verbal y abre los ojos por tiempo variable	Delirium, etiología secundaria a drogas, medicamentos, metabólicas o neurovasculares
Somnoliento (responde al estímulo doloroso superficial)	Reacción parcial al despertar, abre los ojos por tiempo variable, y puede ser:	
Estuporoso (responde al estímulo doloroso profundo)		
Coma	Una reacción autonómica de despertar(posición de decorticación, descerebración), no abre los ojos	Etiología secundaria a drogas, medicamentos, metabólicas o neurovasculares
Coma profundo	Ninguna respuesta de despertar, se mantiene con los ojos cerrados, y está en coma	
Estado vegetativo persistente	Ninguna respuesta de despertar, está en coma o abre los ojos	

G.2 Grado de organización cerebral

Es la forma como el paciente organiza su actividad epiconciente de orientación. Interesa saber cómo y en qué grado es que está ansioso, atento o expectante

Ansiedad

Forma de actividad personal que expresa la forma como la información psíquica conciente afectiva organiza la actividad epiconciente de anticipación. Según este enfoque, los estados de vigilancia, activación, alerta, se explican como estados de ansiedad.

Ya no diremos que vigilancia es "prestar atención en la espera de detectar algún evento dondequiera ocurra", sino que es un estado continuo de ansiedad en espera de que algo ocurra.

En condiciones de enfrentar lo que pueda suceder en el momento siguiente, la ansiedad es un estado predominantemente afectivo durante el cual la persona incrementa su receptividad a los sucesos futuros, y así se anticipa a cualquier suceso que pudiera ocurrir con mayor o menor probabilidad. De esta manera, la TIP despoja al concepto tradicional de ansiedad su connotación de sufrimiento (que corresponde mejor al de angustia como signo psicopatológico o trastorno). Entonces, no confundir la ansiedad con el miedo o el pánico, los que tienen un componente de sufrimiento y pueden llegar a ser un trastorno.

Por lo tanto, la ansiedad es un estado psíquico conciente de espera; un estado de ansiedad puede expresarse como alerta, como estar preparado para procesar señales, como aumento de la rapidez de respuesta, o, simplemente, como estar despierto, es decir, con el mínimo de ansiedad posible. Significa que si esta desaparece, la persona se duerme.

La evaluación de la ansiedad se presenta en la Tabla G.2.1. Durante la evaluación tener en cuenta lo siguiente:

- Que un grado excesivo de ansiedad ocaciona una disminución de la atención
- Que debe diferenciarse de los rasgos externos emocionales, de los rasgos y grado de su ansiedad, pues una cosa es estar ansiedad (alerta, hipoalerta e hiperalerta) y otra cosa es estar triste, alegre etc(rasgos emocionales externos).
- Los cambios autonomícos del paciente, como taquicardia, sudoración, palpitaciones.

G.2.1 Evaluación de la ansiedad

Observar:	Alteración patológica (signo)	Se aprecia en:
La rapidez e impetuosidad de su expresión.	Hiperalerta: aumento de la rapidez de respuesta	Trastorno de ansiedad, estados maníacos
Su mayor o menor vehemencia con que responde o espera responder, la rapidez con que responde a las preguntas.	Alerta: como estar preparado para procesar señales	Estado normal
Si tiempo de su respuesta es prolongado	Hipoalerta: simplemente como estar despierto, es decir, con el mínimo de ansiedad posible. Significa que si esta desaparece, la persona se duerme.	Depresión. Etiología neurovascular y metabólica. Esquizofrenia Demencia

Atención

El estado de atención se define como la configuración que adopta la actividad epiconciente de orientación, con base en la información cognitiva en uso. Es la forma que adopta la actividad epiconciente por efecto de la actividad cognitiva. La atención corresponde a la atención selectiva de los clásicos.

Evaluación de la atención

En la evaluación de la atención, se debe observar el aspecto del entrevistado y còmo selecciona o sigue un punto o aspecto de su espacio personal o peripersonal. Tabla G.2.2.

G.2.2 Evaluación de la atención

Aspecto del entrevistado	Selecciona o sigue un punto o aspecto de su espacio personal o peripersonal	Alteración patológica (signo)	Se presenta en:
Si, dirige la mirada a quien le habla, o se dirige adecuadamente a su asiento cuando se le indica que lo realice	En sus acciones de orientación; por ejemplo, cuando camina, coge un objeto, se viste o se desviste	Inatención visual, inatención auditiva, inatención táctil, inatención motora	TDAH
Si se adelanta a las indicaciones del examinador, por ejemplo, prepara su brazo para que le midan su presión arterial o responde antes que se le termine de indicar la pregunta		Extinción sensorial visual o táctil Atenuación del estímulo visual, o del estímulo táctil	Lesiones o traumas focales, a predominio parietal. Procesos expansivos y neurovasculares

Expectación

Forma en la que se organiza la actividad epiconciente de tipo intencional, con base en la información conativa.

Se evalúa la capacidad de concentración, siguiendo las pautas de la tabla G.2.3.

Tener en cuenta:

- Que el Test de cuenta regresiva sirve solo para evaluar atención (desde el punto de vista tradicional), pero sabemos que la espectación incluye a la ansiedad y la atencíon, por lo mejor sirve para evaluar la espectación.
- Un paciente con un grado de ansiedad elevado, generalmente tiene un desempeño esperado, o dice que no puede cumplir con la prueba hasta que se le exije.
- La disminución de la espectación produce una atención excesiva

G.2.3 Evaluación de la expectación

Observar:	Preguntar para evaluar la capacidad de concentrarse:	Alteración patológica (signo)	Se aprecia en:
La postura personal que adopta el paciente ante una situación y las demás personas que le rodean	¿Puede contar de 20 hasta cero, bajando de 1 en 1? (test de cuenta regresiva)	Hiperproxesia	Perseveraciones, bloqueos, repeticiones estereotipadas, resultados al azar.
Cómo encara su situación de salud, colabora con el entrevistador, mantiene su interés y toma decisiones	Normal: sin errores en 10 segundos	Normoprosexia	
Cómo trata de vencer las limitaciones impuestas por su enfermedad	O contar de 100 a cero disminuyendo de 7 en 7 (en menos de 30 segundos)	Hipoprosexia-aprosexia	Cuando la ansiedad, atención y expectación disminuyen, el paciente puede mostrarse distraído, indiferente, 'estar como ido' o presentar lentitud excesiva.

G.3 Grado de capacidad comunicativa y el habla

Es la forma como se comunica el paciente con el examinador, especialmente través del habla, gestos, mímica u otros códigos neurolingüísticos.

Se sugiere que el estudio analítico de los procesos de la capacidad comunicativa y el habla se tiene que hacer en varios momentos del examen, siguiendo las recomendaciones de la tabla G.3.

Habla personal

Del tipo de habla depende que, en lo perceptual, el oyente encodifique la secuencia de tonos que constituyen las palabras y oraciones que escucha, y que así intuya que estas expresan el humor y las emociones de su interlocutor. Asimismo, que en la actuación las palabras y las oraciones tengan la entonación con que el hablante expresa su humor y su estado emocional actual.

La memoria neocortical de transición codifica los tonos –que, a su vez, codifican los aspectos afectivos de la información social y psíquica que la refleja–, los morfemas de contenido –que forman parte de los sustantivos, verbos, adjetivos– y los morfemas relacionales –que codifican los aspectos cognitivos de la información social y psíquica que la refleja–.

Del sistema de memoria neocortical de transición depende que durante la percepción, el oyente encodifique la secuencia de fonemas que constituyen las palabras y oraciones que escucha, y que así sepa qué sentimientos, conocimientos y motivaciones tiene quien le habla. Durante la actuación, de este mismo sistema depende que el hablante exprese las palabras y oraciones que reflejan dichas clases de información psíquica que desea comunicar

Comunicación normal

La comunicación es normal cuando presenta las características siguientes:

- La expresión verbal es fluida, con frases que siguen el patrón gramatical de su idioma, las palabra y las frases se enlazan fácilmente.
- Es inteligeble y comprensible, su entonción sigue los cambios emocionales y las intensiones de la persona
- El nivel cultural promedio del paciente no tiene dificultades para encontrar las palabras con las cuales describir sus molestias y proporcionar detalles de su vida.

G.3 EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD COMUNICATIVA Y EL HABLA

Se observa:	Tipos de habla	Alteraciones patológicas (signos)	Áreas cerebrales relacionadas que sirven como soporte:
El grado de comprensión y expresión verbal	Supratonal: reglas para la entonación emocional de la expresión hablada	Espasmofemia, aprosodia, musitación, taquilalia, bradilalia, verborrea,	Del componente tonal-supratonal del sistema del habla es la red neocortical de transición que comprende el área de Wernicke y el área premotora del hemisferio derecho.
	Supraverbal: las reglas para la construcción de las palabras y oraciones	Neologismos, afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia de conducción, afasia amnésica, afasia global, afasia de comprensión disartria. Ensalada de palabras, parasintaxis, pararrespuestas verbigeración, palilalia, coprolalia, habla embrollada, circunstancialidad	El componente comprende el neocórtex de transición del *planum temporale*, la parte posterior del área de Wernicke y el área de Broca del hemisferio izquierdo

H. Evaluación de la estructura de la conciencia

La estructura de la conciencia consta de tres partes: temperamento, intelecto y carácter.

Es imprescindible la constatación de los datos que el paciente proporcionó durante la anamnesis, para determinar qué es lo que el paciente siente, conoce o lo motiva, según las tablas H.1, H.2 y H.3 correspondientes al temperamento, intelecto y carácter respectivamente, así como expresión de sus signos y síntomas; siguiendo las recomendaciones de las tablas para la exploración de la estructura de la personalidad (por encima de sus valoraciones de su temperamento, intelecto y carácter) será calificada como digna o indigna, autónoma o sometida, integra o inmoral.

H.1. TEMPERAMENTO

Es el componente visceral del individuo que, durante el proceso del desarrollo formativo, se ha organizado a base de la información psíquica afectiva y que se expresa por medio de un conjunto de características afectivas de la persona en el curso de la vida.

El objetivo de la evaluación del temperamento es que el paciente describa sus modos de reaccionar emocionalmente ante situaciones tipo (noticia penosa, ante un accidente, o cuando tiene que tomar una decisión).

H.1.1 Evaluación del temperamento (1): abordaje inicial, y cómo exploro los sentimientos del paciente

Abordaje: preguntar sobre los sentimientos del paciente, a través de la introspección, observación o interpretación clínica del comportamiento	Seguidamente especifico si sus respuestas, me guiarán, en circunscribir y definir algún sentimiento(s):		Luego precise las características de cada sentimiento ante situaciones especificas:	Finalmente, describa la evolución de cada sentimiento
¿Cómo es su 'genio'?, ¿cómo es su manera de ser? ¿Es nervioso?, ¿es ansioso?, ¿se considera irritable?, ¿se considera sensible?, ¿es irritable o intranquilo?, ¿impulsivo o imperturbable?, ¿es usualmente alegre?, ¿es usualmente melancólico?, ¿es muy sensible o poco sensible?, ¿se considera serio o bromista?	Placer, ternura, serenidad, amor, odio, dicha, placer, felicidad, éxito, júbilo, alivio, entusiasmo, sufrimiento, abatimiento, pena, nostalgia,	cariño, malestar, estima, deseo sexual, lujuria. frustración, indignación, desprecio, envidia, celos, odio. calma, serenidad, ensoñación, éxtasis,	Grado de sensibilidad o impresionabilidad, sus grados de actividad y de reactividad emocionales, el ritmo de sus actividades, que pueden ser pausadas o vivaces, su rigidez o plasticidad frente a los cambios, su facilidad para pasar de un estado emocional a otro, el grado de equilibrio de sus afectos, sus grados de extroversión e introversión.	Preguntar sobre cómo han variado sus sentimientos, desde la infancia hasta el momento del examen

Comentario

Se sugiere preguntar al paciente sobre sus sentimientos más prevalentes y que los gradúe en nada, poco, mucho, no aplica. Describa los sentimientos del paciente en las distintas etapas de su vida.

El paciente debe identificar las condiciones o circunstacias de cada sentimiento y como se distribuyen en el tiempo. Buscar en todos los casos, en la medida de lo posible, una relación temporal con el episodio actual.

En el caso de un adolescente o de un adulto, preguntar por su comportamiento sexual, la calidad de sus relaciones sexuales, genitales y no genitales. Si es mujer preguntar por su ciclo menstrual, de sus gestaciones y partos.

H.1.2 Evaluación del temperamento (2): preciso las emociones en base al humor afectivo = (disposiciones afectivas +sentimientos)

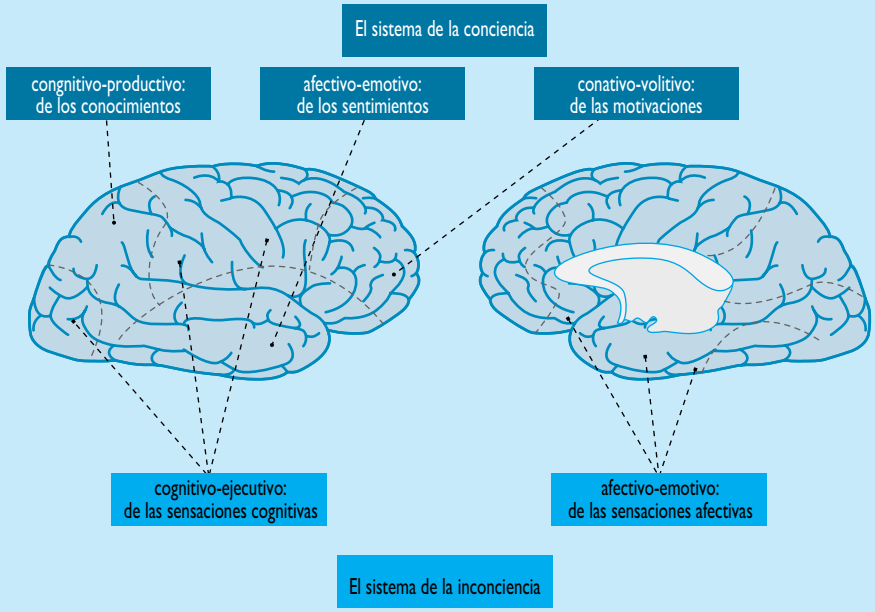
En primer lugar, valore sus **disposiciones afectivas** (para cada rango: valorar durante la anamnesis y el examen) si:	Luego, enumere los **sentimientos** (1) más prevalentes, del paciente que encontre previamente	Luego, conociendo sus **disposiciones afectivas** y sus **sentimientos**, se puede deducir su(s) que se **expresan** en las diversas formas de **humor**: diferenciar cada humor por introspección o por observación (por interpretación clínica del comportamiento)	Finalmente, en base a su **humor afectivo(s)** más prevalentes, obtenidos durante la anamnesis, identifique sus **emociones** biográficas más prevalentes
Sensible / insensible, reflexivo / impulsivo, tenso / relajado, alegre / melancólico, introvertido / extrovertido:	Placer, ternura, serenidad, amor, odio, dicha, placer, felicidad, éxito, júbilo, alivio, entusiasmo. sufrimiento, abatimiento, pena, nostalgia, cariño, ternura, estima, deseo sexual, lujuria. frustración, indignación, desprecio, envidia, celos, odio. calma, serenidad, ensoñación, éxtasis, malestar	Alegre, melancólico, irritable, angustiado, tranquilo	Alegría, tristeza, irritable, ansioso, desconfiado
Por ejemplo, predominantemente insensible, impulsivo; tenso, alegre, y extrovertido		Por ejemplo, "doctor, siempre he sido alegre, ahora no se que me pasa"	Por ejemplo, "cuando no estoy enfermo y me pasa algo que me gusta, me alegro"

H.1.3 Evaluación del temperamento (3): Emociones, síntomas y áreas cerebrales relacionadas

Tener en cuenta, que durante la anamnesis, el paciente relatará sus **emociones** biográficas más prevalentes	Alteración patológica (Signo) se objetivan al momento del examen, cuando el sistema afectivo emotivo expresa la estructura en **rango patológico**, diferenciar estos signos por introspección o por observación (interpretación clínica del comportamiento).	**Áreas cerebrales relacionadas** con las **emociones** y las alteraciones patológicas (signos) del sistema de memoria afectivo-emotivo.
Alegría, tristeza, irritable, ansioso, desconfiado	Disforia hiporexia, frialdad afectiva, hiperfagia, hiperemotividad, polidipsia, humor disfórico, hipodipsia, humor hiposexualidad, expansivo, hipersexualidad, euforia, frigidez, disfunción eréctil anhedonia, alexitimia, anafectividad, tristeza patológica, afecto inapropiado, labilidad emocional, rigidez afectiva. ambivalencia afectiva incontinencia afectiva,	Neocórtex paralímbico está conformado por: las áreas orbitofrontal y temporal anterior, que en el hemisferio derecho se extiende hasta incluir el área simétrica a la de Wernicke del lado opuesto
	Por ejemplo, "por cualquier motivo me dan ganas de llorar, y yo no era así"	Paleocórtex límbico conformado por la circunvolución parahipocámpica, la circunvolución del cíngulo y el lóbulo de la ínsula

H.1.4 Evaluación del temperamento (4): áreas cerebrales involucradas

Ingreso de la información al sistema afectivo emotivo	**Áreas cerebrales relacionadas** con las **emociones** y los **sentimientos** del sistema de memoria afectivo emotivo.	Salida de la información del sistema afectivo emotivo
Por las vías nerviosas del sistema nervioso visceral sensitivo, que comprende los sistemas de: la sensibilidad interoceptiva visceral, la sensibilidad exteroceptiva (afectiva táctil, olfativa y gustativa).	– Neocórtex paralímbico está conformado por las áreas orbitofrontal y temporal anterior, que en el hemisferio derecho se extienden hasta incluir el área simétrica de Wernicke del lado opuesto – Paleocórtex límbico conformado por circunvolución parahipocámpica, circunvolución del cíngulo, lóbulo de la ínsula	Por el sistema nervioso motor visceral, simpático, parasimpático y gestual, que inervan el componente visceral del cuerpo. Estas vías son reguladas por los sistemas endocrino e inmunológico del nivel tisular.



H.2. Intelecto

Es el componente somático del individuo organizado a base de la información psíquica cognitiva conciente en el curso de la vida

La estructura psíquica del intelecto incluye las sensaciones cognitivas (del nivel inconciente), los conocimientos (del nivel conciente), las aptitudes cognitivas y las capacidades psíquicas del intelecto.

El objetivo de la evaluación del intelecto es describir el modo de afrontar cognitivamente (aptitudes) las necesidades de la vida diaria.

H.2.1 Evaluación del intelecto (1): sus conocimientos y aptitudes

Abordaje: pregunte inicialmente al paciente o a los informantes:	Según grupo etario	Especifique en algunos casos, si:	Comentario
¿A qué edad se sentó, paró, caminó, habló…? ¿a qué edad fue al nido, el colegio o la universidad?, ¿aprende con facilidad?	Infantes: se evalúa su desarrollo psicomotor	¿Fue prematuro?, ¿presentó sufrimiento fetal agudo?, ¿alguna vez ha presentado convulsiones?, ¿meningitis? ¿recibe estimulación temprana?	Evaluar la audición, visión.
¿Cuál es su rendimiento en el estudio?, ¿cuál es su rendimiento en el juego?, ¿cuál es grado de instrucción?	En niños y adolescentes: indagar acerca de la edad en que inició su instrucción, sobre cómo es su aprendizaje escolar, si repitió de año, su rapidez para leer, calcular, dibujar, operar manualmente etc.	¿Cuál es el grado de máximo y mínimo rendimiento, que puede alcanzar el paciente, en el área escolar, doméstica y deportiva?	Buscar en todos los casos, y en la medida de lo posible, una relación temporal con el episodio actual
¿Cuál es su ocupación?, ¿cuál es su rendimiento en su trabajo?	Adultos: indagar por su desempeño en el trabajo (funciones en su centro laboral), cómo utiliza su tiempo libre, en que trabaja cuando está desempleado o incapacitado	En el caso de ser desempleado: ¿que trabajos realizo y/o realiza para solventar su economía?	¿Cuales son sus aptitudes (competencias) que ha desarrollado hasta el momento del examen?
¿Se está olvidando de las cosas?	Adultos mayores: comparar los datos de su desempeño presente y pasado. Son importantes para demostrar, si tiene o no deterioro.	En cesantes o jubilados: pedir al paciente que describa sus actividades rutinarias más banales que pudieran parecerle, pedirle que describa que hace desde que se despierta hasta que se duerme por la noche	Todos estos datos deberán ser confrontados y contrastados con su desempeño actual durante el examen

H. 2.2 Sistema de memoria cognitivo productivo

El sistema de memoria cognitivo productivo contiene y procesa la información psíquica conciente constituida por los conocimientos y cuyo desarrollo formativo ocurre predominantemente en la niñez.

Los conocimientos son formas de cognición más elaborada que las sensaciones cognitivas, y estructuran los estados de atención, las aptitudes cognitivas y el intelecto, y se expresan en la forma de producciones y en el desempeño.

Ejemplo: imagen corporal, distancia entre cosas, mapa de ciudad; concepto del cuerpo, secuencia de acontecimientos, explicación del universo.

La configuración más o menos duradera que adopta dicha estructura cognitiva de la conciencia se expresa en las destrezas.

Las capacidades psíquicas del intelecto dependen de la cantidad y la calidad de las distintas formas de información cognitiva que cada persona ha logrado aprender y formar a lo largo de su vida.

H.2.2 Evaluación del intelecto (2): sistema de memoria cognitivo productivo

Sobre la base de sus conocimientos y sus destrezas, califique al intelecto como:	Luego, califíquelo como:	Áreas cerebrales relacionadas (sistema de memoria cognitivo-productivo)	Estas capacidades expresan la forma como:
Vivaz o lenta; hábil o torpe; eficiente o deficiente, capaz o incapaz,	Muy inteligente, medianamente inteligente, poco inteligente, fronterizo, retraso mental (leve, moderado, severo)	Neocórtex posterior, conformado por las áreas parietal, occipital y temporal posterior y lateral, que en el hemisferio izquierdo se extiende hasta incluir el área de Wernicke.	Los **conocimientos**, las **sensaciones cognitivas**, **grados** de **atención** y las aptitudes, se expresan en las diversas estrategias de **desempeño**
		Paleocórtex heterotípico conformado por las áreas receptivas primarias (táctil, auditiva y visual) y el área motora primaria	Por ejemplo, en la forma cómo las personas se realizan en sus relaciones culturales. Las capacidades se pueden revelar por la observación y la interpretación clínica del desempeño de la persona.

H.2.3 Evaluación del intelecto (3): áreas cerebrales involucradas

Ingreso de la información al sistema cognitivo productivo	**Áreas cerebrales relacionadas** (sistema de memoria cognitivo-productivo)	Salida de la información del sistema cognitivo productivo son:
Las vías nerviosas del sistema nervioso somático sensitivo, que comprende: – La sensibilidad propioceptiva. – La sensibilidad exteroceptiva táctil cognitiva, la audición y la visión	Neocórtex posterior, conformado por las áreas parietal, occipital y temporal posterior y lateral, que en el hemisferio izquierdo se extiende hasta incluir el área de Wernicke.	El sistema nervioso motor somático, piramidal y parapiramidal, que a su vez inerva al componente somático del cuerpo, a través de los nervios periféricos cefálicos y corporales de la motilidad.
	Paleocórtex heterotípico conformado por las áreas receptivas primarias (táctil, auditiva y visual) y el área motora primaria	El nivel corporal tisular también se regula por la actividad inmunitaria y endocrinológica

H.3. Carácter

Es la resultante de la integración visceral y somática del individuo organizado a base de la información conativa (estructura de motivos y valores) en el curso de la vida. Es la manera en que se organiza la personalidad en el curso de la vida tomando como base la información psíquica conativa e integrando el temperamento humano del adulto y su intelecto.

La estructura psíquica del carácter incluye la integración emotivo-ejecutiva de anticipación (del nivel inconciente) y motivaciones (del nivel conciente), las actitudes y los atributos psíquicos del carácter.

Comentario

Los valores del paciente deben confrontarse con la información proporcionada por los demás (p.e. pacientes con conducta psicopática). Así mismo, describa la evolución de estos valores, en las distintas etapas de su vida, desde la infancia hasta el momento del examen. Se sugiere preguntar al paciente sobre sus valores más prevalentes y que los gradúe en nada, poco, mucho, no aplica.

H.3.1 Evaluación del carácter (1): de los valores y motivos

Los valores pueden indagarse en relación:	Explore inicialmente preguntando al paciente y/o informantes, lo siguiente:	Luego establezca (respecto a cada valor encontrado):	Finalmente, precise
A los demás	¿Se considera solidario?, ¿se considera respetuoso?, ¿se considera bueno?, ¿es exigente consigo mismo o con los demás?	La profundidad, estabilidad, flexibilidad de sus motivaciones y valores	Cuales son sus motivaciones, ideales, intereses y/o aspiraciones.
A sí mismo	¿Se considera ambicioso?, ¿se considera sencillo o modesto?, ¿tiene dominio de sí mismo?		En las actividades y relaciones laborales, familiares e institucionales cómo se desarrollan sus valores en cada ámbito
Al trabajo	¿Se compromete en las labores de su trabajo?, ¿es disciplinado y puntual en su trabajo?, ¿realiza con esmero, orden y cuidado sus actividades laborales?		

H.3.2 Evaluación del carácter (2): síntomas y áreas cerebrales relacionadas

Solo el humano tiene **motivos y valores**	Por sus **actitudes** un paciente podría ser juzgado o valorado como (entre los dos extremos):	Áreas cerebrales relacionadas (sistema de memoria conativo-volitivo)
Respecto a este componente de la conciencia, debemos acentuar el hecho que los animales no poseen una estructura de motivos, aun de lo más simples, ya que las formas de comportamiento autogenerado del animal se explican muy bien a partir de las sensaciones afectivas que reflejan el estado de sus necesidades corporales	Independiente o dependiente, profundo o superficial, estable o inestable, flexible o inflexible, fuerte o débil, perseverante o inconstante, consecuente o inconsecuente	Es el área de asociación anterior, es decir el neocórtex prefrontal dorsolateral. Esta estructura se conecta directamente con las otras dos áreas neocorticales a través de vías transcorticales e interhemisféricas, y con los sistemas funcionales del nivel subcortical a través de los circuitos límbico y heterotípico, y de los núcleos subcorticales, del tronco encefálico y el cerebelo.

I. Evaluación del procesamiento conciente (epiconciente)

La integración de la actividad personal, según la TIP (teoría informacional de la personalidad), "depende básicamente de la actividad epiconciente. Este plano superior de la actividad personal corresponde a la información psíquica en uso, que la activa e integra. La activación e integración de la información previamente guardada en la memoria neocortical, o de la que en un momento dado ingresa a partir los receptores sensoriales, se efectúa a través de las redes subcorticales, en cada instante de la vida durante la vigilia (y la fase del sueño, ligero o paradójico) de la persona. Hay que diferenciar, por lo tanto, entre la información guardada en la memoria neocortical del plano subconciente y la información en uso en los niveles de la memoria cerebral durante la actividad epiconciente de la persona. En efecto, durante su actividad, en el curso de su historia, cada personalidad actúa como un sistema integrado, no solo a partir de la actividad de sus células que conforman la unidad del cuerpo, sino a base de la actividad integrada de la conciencia".

El procesamiento conciente está conformado por la percepción, el pensamiento, la imaginación y la actuación.

I.1.Proceso de percepción

Es el plano de la actividad holocerebral en el que se procesan las imágenes perceptuales o perceptos, que se generan a partir de las sensaciones afectivas y cognitivas –que reflejan la realidad actual del individuo– y de los aspectos estructurales de la información psíquica conciente codificada previamente en los sistemas de memoria neocortical del hemisferio derecho.

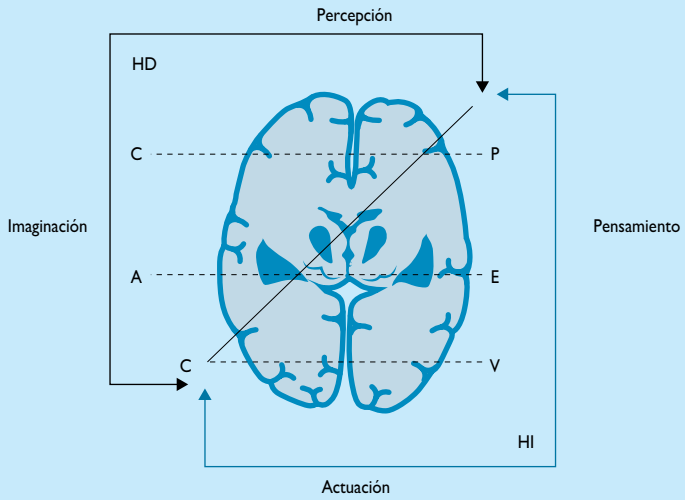
Cada uno es capaz de percibir la realidad que construye pasiva y activamente, en el curso de su propia biografia.

Una imagen percibida depende de la concepción que el paciente tenga del mundo, de la sociedad y de sí mismo.

De allí su goce espiritual ante una obra de arte o su reacción de pánico al ver una aguja o una gota de sangre.

I.1.1 Procesos de percepción: generalidades

¿Por qué es importante la percepción?	Análisis del proceso perceptual del estímulo, pregúntese:	¿Qué procesos examino en el paciente?:
Es importante porque el **médico** tiene que capacitarse por sí mismo para poder **percibir** las **alteraciones** que muestran sus pacientes, hasta sentir el sufrimiento y la **satisfacción** de haber **descubierto el dato** que explica la situación de su paciente.	1. ¿El paciente es capaz de **detectar** estimulos aislados y estimulos presentados simultáneamente? 2. ¿Es capaz de **localizarlos** en su campo perceptual? 3. ¿Si **discrimina** las cualidades del estimulo? 4. ¿Si puede **graduar** su intensidad? 5. ¿Si puede **reconocer** un estímulo por su nombre, sus propiedades o su función? 6. ¿Si puede **retener la información** respectiva a corto y largo plazo? 7. ¿Si es capaz de **comprender** una nueva información?	Percepción visual Percepción auditiva Percepción táctil (háptica)



1.1.2 Procesos de percepción: percepción visual

Una percepción visual es normal, cuando:	Una percepción visual es patológica, cuando:	Esta particular alteración patológica (signo), se llama:	Áreas cerebrales relacionadas, que sirven como soporte:
La personas detectan los estímulos en forma normal	Usted dibuje una circunferencia y le pida al paciente que imagine que este círculo es un reloj antiguo, de modo que coloque los números de las horas en su lugar. Debe observar si ubica correctamente los números del 1 al 12	**Inatención visual**: cuando el paciente **no** ha dibujado los elementos de un lado de las figuras-los de la izquierda por ejemplo.	Áreas neocorticales posteriores y del hemisferio derecho
Las personas de nivel cultural promedio reconocen objetos o colores comunes.	Reconoce 2 de 7 objetos presentados visualmente	**Agnosia visual,** a fin de dar un grado de compromiso. Debe compararse la dificultad para nombrar el estímulo con la capacidad de discriminarlos y de usarlos	
Si el paciente dibuja una figura de memoria	Se muestra al paciente el dibujo de un cubo y se le pide que "por favor, copie la figura". Luego se le pide que "observe la figura para que dibuje uno igual". Después de unos 10 segundos se le retira para que la dibuje 'de memoria'. La retención a largo plazo se evalúa pidiéndole que dibuje nuevamente la figura después de retirarla por unos minutos. Debe de observar si ha dibujado todas las líneas en ambos lados, y si ha reproducido la perspectiva de la figura tridimensional	**Apraxia constructiva**	
Si el paciente sabía leer	Pero ahora no reconoce las letras, las palabras o no entiende las ordenes que se le dieron por escrito ni comprende la lectura	Se llama **alexia**	
Alucinaciones auditivas	Alteración de la percepción sin atenuación ni extinción visual. Pueden ser elementales (fogonazos), parciales (formas, sombras) o completamente organizadas (animales, personas, objetos).	Procesos cerebrales orgánicos (infecciones, tóxicos, metabólicos, tumorales). Solo 20% de pacientes esquizofrénicos experimenta alucinaciones visuales.	

Los hallazgos deben correlacionarse con los del desempeño del paciente en otras tareas de tipo constructivo.

Si el paciente presenta atenuación o extincion de los campos visuales, no se podrá considerar un síntoma de inatención visual, agnosia visual, apraxia constructiva o de alexia.

I.1.3 Procesos de percepción: percepción auditiva

Área de evaluación auditiva:	Medios de evaluación	Es normal cuando:	Esta particular alteración patológica (signo), cuando:	Járeas cerebrales relacionadas, que sirven como soporte:
Retención y aprendizaje verbal (Se explora en función de la retención de nueva información, generalmente de palabras)	Test de retención verbal a corto plazo (serie de tres palabras): aquí se da énfasis en el procesamiento verbal inmediato	En condiciones normales, en orden diferente es bastante fácil.	Si paciente repite solo uno o dos palabras, persevera en un mismo orden o con una misma palabra, o cambia una palabra por otra, puede que tenga un problema perceptual auditivo, de retención de información a corto plazo, o problemas de tipo afásico.	Áreas neocorticales posteriores de ambos hemisferios
	Test de retención verbal a largo plazo: se le presenta frases, series de palabras, para que las repita a corto y largo plazo	Si el paciente no repite la frase de inmediato, no retiene información verbal a corto plazo. Si el paciente repite la frase de inmediato pero no a los 3 minutos, no retiene información verbal a largo plazo	Si el paciente no retiene información, aumenta o disminuye en presentaciones sucesivas, puede interpretarse como **apatía, inatención verbal, problemas afásicos**	
Comprensión verbal (capacidad de compresión verbal) Se le da una orden verbal, para que el paciente las ejecute:	Comprensión gramatical:"escuche y haga lo que digo"; después se le presentan frases largas que exigen una mayor capacidad de memoria para ser comprendidas. Si responde en forma adecuada, se le preguntan metáforas o refranes	Las órdenes dadas para evaluar la comprensión verbal son demasiado simples y pueden ser resueltas normalmente con rapidez.	Un paciente podría comprender el sentido de las órdenes iniciales, pero no las indicaciones más complejas. En ciertos casos, hay una sobrecarga a la memoria verbal, son problemas de tipo afásico, confusional, demencial o psicótico.	
Alucinaciones auditivas	Consisten en la manifestación de pseudopercepciones verbales con motivo de sonidos o ruidos reales, sin que el paciente los confunda. No se trata, pues, de una ilusión, sino de una alucinación o pseudoalucinación inducida por una percepción real.		En esquizofrenia, Psicosis orgánica, Episodios depresivos y maníacos, fatiga. Abstinencia alcohólica (delirium tremens)	

Test de retencíon verbal a corto plazo (serie de tres palabras): aquí se da enfasis en el procesamiento verbal inmediato; se le pide "repita de inmediato las palabras que se le diga, entonces se verbaliza las tres palabras, luego que las repite, se presentan las mismas palabras pero en orden diferente, y así una dos veces más, por ejemplo: 'casa, bosque, gato', 'bosque,casa, gato', 'gato, casa, bosque', 'casa, gato, bosque'.

Test de retencíon verbal a largo plazo: se le presenta frases, series de palabras, para que las repita a corto y largo plazo, se le puede dar una frase sin sentido como " "para que un pais sea fuerte y poderoso debe exportar grandes cantidades de madera", que debe repetirla tal como se le presenta;

Comprensión gramatical: "escuche y haga lo que digo", "tóquese la cara con la mano", luego "tóquese la nariz despues de tocarse la oreja", despues se le presentan frases frases largas que exigen una mayor capacidad de memoria para ser comprendidas, Por ejemplo: "toquese el ojo izquierdo, la oreja derecha y la mejilla izquierda), hay que presentar unas cuatro ordenaes más similar a las anteriores. solo si respondio adecuadamente, le preguntaremos metaforas o refranes "que significa que una persoan tiene corazón de piedra"

I.1.4 Procesos de percepción: percepción tactil (háptica)

Áreas del examen táctil	Pero, si el paciente:	Alteración patológica (signo):
La detección, localización y reconocimiento del 'contacto' táctil	Sienten los estimulos táctiles de modo más intensos	Hiperestesia
La detección, y discriminación del movimiento articular	Siente como hormigueos u ardor en la piel	Disestesia
La detección y reconocimiento de hincones	No detecta el estímulo táctil cuando se le es aplicado sucesivamente	Hipoestesia-anestesia, según corresponda.
El reconocimiento de figuras gráficas y de objetos	Paciente no puede reconocer gráficos en la palma de su mano	Agrafestesia
La percepción de movimiento activo o pasivo	No detecta movimiento alguno a pesar que puede realizarlos adecuadamente	Hipocinestesia o acinestesia
	Se presenta en: Parkinson, miastenia gravis, epilepsia parcial compleja, síndrome psicótico.	Alucinaciones cinestésicas

La percepción háptica es normal si el paciente no tiene trastornos tactiles.

Para la evaluación de la percepción de movimientos, se coge por los lados la falange media de un dedo (e de rutina el indice o el pulgar), y con la otra mano la falange distal del mismo dedo, igualemente por los lados para que no utlice la presión como indicio d ela dirección del movimiento, se le instruye para que "diga si su dedo sube o baja" cada vez que se le mueve hacia arriba o hacia abajo, algunos pacientes requieren de una demostración inicial.

I.2.Proceso del pensamiento

I.2.1 Evaluación de los procesos del pensamiento

Unidad esencial del pensamiento	Áreas del examen del pensamiento	¿Cómo examina?	Alteraciones patológicas (signos)
El **concepto** es la unidad esencial del **pensamiento**,	Recuerdo de hechos impersonales (memoria semántica)	Recuerda hechos que debería saber (de modo que si no lo recuerda, **no** necesariamente indica una alteración del pensamiento) Pídale que se recuerde "quienes han sido los últimos presidentes del país", que mencione cuáles son las capitales de los departamentos más importantes	**Amnesia semántica**: no recuerdan parcial o totalmente lo que habían aprendido adecuadamente. **Hipermnesia**: recuerdan en exceso
	Concepto del cuerpo	Pídale "tocarse el codo izquierdo", "la oreja izquierda"	**Autotopoagnosia**: dificultad para nombrar partes de su cuerpo. **Agnosia digital**: para nombrar los dedos de la mano solamente. **Indiferenciación derecha izquierda**: para diferenciar que lado es derecho y cual es el izquierdo
	Orientación temporal	Orientarse en el tiempo es pensar acerca de cómo uno experimenta el transcurso de los sucesos. Pregúntele: "qué hora es", "en qué día de la semana está", "la fecha, el mes"	**Desorientación temporal** en el tiempo
	Conceptuación	Establezca las semejanzas entre dos conceptos afines: En que se parecen la naranja y el plátano, el hacha y el serrucho, el saco y el abrigo (tomadas de la batería de Weschler para adultos). Aplicar entrevista psicopatológica del pensamiento	Ideas sobrevaloradas, delusiones/delirio primario, Ideas delusivas/delirio secundario Ideas suicidas, ideas de culpa. Ideas de minusvalía, ideas homicidas, hipocondría, idea obsesiva idea fóbica
	Solución de problemas abstractos	"Si en un estante hay doce libros y en el otro hay el doble, ¿cuántos libros hay en total", juzgue la calidad del razonamiento que ha realizado para llegar a la solución del problema	Pensamiento de tipo: autista, mágico, ilógico, tangencial, incoherente, o perseverativo, Bloqueo de pensamiento. Pensamiento abstractos.

I.3 Proceso de la imaginación

I.3.1 EVALUACION DE LOS PROCESOS DE LA IMAGINACIÓN

Tipo de procesos imaginativos	Cómo abordo el examen	Alteraciones patológicas (signos)	Se presenta en:
Recuerdo de hechos personales. Hay dos tipo de recuerdos, el primero son la **memoria de imágenes** o **memoria episódica**.	Interesa saber cuanto de lo que ha experimentado el paciente en su vida es capaz de **recordar**, es decir, de volver ha imaginar	**Memoria episódica. Amnesia**: si el paciente no puede recordar, lo que le ha acontecido en un periodo de tiempo, podría presentar **confabulaciones** (falsos recuerdos). Tipos de amnesia: **anterógrada o retrógrada** respecto del inicio de la enfermedad (aguda) en el cerebro	Demencia, Lesiones o traumas focales, predominantemente parietales. Procesos expansivos y neurovasculares
Orientación espacial (la orientación en el tiempo es un proceso del pensamiento)	Saber el lugar (se le pide al paciente el nombre del local, la localidad o la ciudad) y saber desplazarse (orientación topográfica, pedirle al paciente que haga un plano del ambiente del hospital en el que está, lo cual incluye aspectos perceptuales que se pueden comprobar directamente)	**Desorientación para el lugar. desorientación espacial o topográfica**	Demencia, retraso mental, delirium
Imagen corporal	Siente cada segmento de su cuerpo, sobre todo cuando hay una afección, generalizada o localizada; sabe de su existencia; sabe nombrar sus partes. Se le pregunta "cómo siente la parte o el segmento afectado", "como aprecia o valora el defecto que presenta",o simplemente si se da cuenta que tiene dicho déficit.	**Anosognosia:** el paciente se comporta como si no existiese una parte de su cuerpo o refiere que no existe. **Heautoscopia**: imagina su cuerpo fuera de él. **Asomatognosia**: se refiere a la incapacidad para reconocer el propio cuerpo.	Lesiones del lóbulo parietal
La imaginativa	La imaginería es la capacidad de crear imágenes subjetivas sin relación con la realidad. Se diferencia de la percepción porque el paciente tiene que reproducir imágenes elaboradas por el mismo, se le pide "que dibuje figuras geométricas de memoria"	**Inatención visuoespacial y apraxia constructiva**: en ambos si se requiere la interpretación mediada por el lenguaje del entrevistador (en el caso de la evaluación de la percepción es directa sin el lenguaje del entrevistador)	**TDAH**
Solución de problemas concretos	Grado de creatividad rutinaria de cómo las personas resuelven los problemas banales de la vida cotidiana. Cómo ubica los muebles de la casa o los útiles de escritorio, o "qué haría si estalla un incendio en este consultorio"	En la incapacidad para resolver problemas concretos. Plantear si es secundaria al problema del habla, apatía o falta de colaboración. **No solución de problemas concretos**	– Compromiso de todo el cerebro o a predominio del hemiferio derecho – deterioro intelectual – síndrome psicótico, – delirium

La imaginación es el plano de la actividad holocerebral en la que se procesan las imágenes que resultan de la activación e integración de los aspectos estructurales de las diversas clases de información codificadas en el plano subconciente del hemisferio derecho.

En condiciones normales, las personas no tienen dificultad en proporcionar una versión cronológicamente ordenada y coherente de su propia historia. Igualmente, los pacientes refieren muchas de sus experiencias recientes o remotas, lógicamente en relación con sus dolencias o las circusntancias de su vida que creen han sido afectadas de algún modo.

Las áreas cerebrales relacionadas con la imaginación son las áreas neocorticales posteriores y del hemisferio derecho.

I.3.2 Diferencias entre la imaginación y el pensamiento

En la **imaginación** se recuperan, reproducen o reconstruyen imágenes previamente retenidas en los sistemas de memoria pasada, se reconstruyen imágenes anticipadas de una realidad futura, o crean imágenes nuevas sin relación con realidad alguna.	En el **pensamiento** se satisface las necesidades que la sociedad le impone, para ello necesita conocer y explicarse el mundo y las cosas, conocer y explicar sus propias formas de actuar y de relacionarse con otras personas para trabajar.
La imagen es un modelo espacial de la realidad	Los conceptos son los modelos temporales de la realidad, que se procesan en el curso del pensamiento
La imagen cognitiva refleja la superficie de un objeto y la imagen abstracta refleja los aspectos internos de las cosas jamas experimentadas, cómo imaginar la génesis del universo, la reacción química de dos sustancias en el cerebro humano	Las tareas u operaciones son el recuerdo de hechos no personales, la representación conceptual del cuerpo, la orientación temporal, la abstracción, la conceptuación (o explicación), la solución de problemas abstractos.
La imaginación refleja el espacio	El pensamiento refleja la lógica del espacio, es decir la forma cómo se desenvuelven y desarrollan en el tiempo

I.4 Proceso de la actuación personal

La actuación es el plano de la actividad holocerebral en que los conceptos se procesan en la forma de esquemas que entran en relación directa con la actividad funcional motora corporal, sobre todo en relación al uso de instrumentos, utensilios y objetos del mundo exterior. Esto significa que el plano de la actuación se puede expresar en un momento dado a través de la integración de los procesos emotivo y ejecutivo de nivel inconciente y los sistemas de la motilidad visceral y somática que inervan los respectivos efectores corporales.

La unidad esencial de la actuación es el esquema de la actuación. Esquemas que se reflejan en la actividad funcional, constituida por señales motoras que se expresan en la postura y la praxis corporal efectiva de la persona.

I.4.1 Evaluacion del proceso de la actuación

Áreas del examen del pensamiento	¿Cómo examino?	Alteración patológica (signos)	Se presenta en:
Praxis: es la ejecución de un acto estructurado sobre la base de un objetivo preciso.	Observar cómo habla, se sienta, se acomoda, se pone de pie, ejecuta las instrucciones, cómo se alimenta, se asea, se peina, entre otros.	Apraxia: si el paciente realizar las habilidades o destrezas que toda persona con nivel cultural primario puede hacer, siempre y cuando no haya limitación u otro déficit que lo explique.	Tumores, ACV, encefalitis, traumatismos, retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo, síndromes orgánicos cerebrales
Posición corporal: es la posición que adopta el cuerpo o uno de sus segmentos en reposo o como anticipación a la ejecución del acto.	Se observa la posición de cada segmento corporal mientras está en reposo, posición espontánea o descuidada. Las anormalidades pueden presentarse como exageración o desviación de una posición normal que se mantiene invariable a pesar del esfuerzo que pudiera hacer el paciente o el examinador por corregirla	Ecopraxia, ecolalia; ecomimia, negativismo extremo, hemiplejia, flexibilidad cérea, reacción de último momento, obediencia automática. Tics, temblor, movimientos coreicos y atetósicos, convulsiones, distonía aguda, discinesias. Contacto visual ausente	Esquizofrenia. Tumores, ACV, encefalitis, traumatismos, síndrome de abstinencia del alcohol, síndrome de Wernicke-Korsakoff, Depresión,
Fuerza: es la intensidad y la duración que alcanza la contracción de los miótomos para alcanzar aquel objetivo	Midiendo la fuerza de los grupos musculares sinergistas que intervienen en el desplazamiento de un segmento corporal. Los gestos y operaciones más complejos e inaccesibles a una medición directa de la contracción muscular (músculos de los ojos, cara, laringe y faringe) se infiere por la rapidez de su mirada, del parpadeo, de la intensidad de su voz o de su risa.	Paresia, Parálisis(plejia) muscular, Fatiga-astenia.	Etiología neurovascular y metabólica.

Coordinación motora: es la forma como la amplitud, la dirección y la regularidad con que se ejecutan los desplazamientos del cuerpo, se integran durante la realización del acto para alcanzar dicho objetivo	Observar la ejecución de movimientos alternos rítmicamente (prueba índice-nariz-índice)	Ataxia: defecto en la dirección (desplazamiento del movimiento), la amplitud (dismetría) o la regularidad del desplazamiento (asinergia). Estos se pueden aparecer o acentuarse al cerrar los ojos. Perseveración, estereotipias, automatismos, compulsiones.	Etiología neurovascular y metabólica. Retraso mental, síndrome organico cerebral, síndrome de Wernicke-Korsakoff
Cinesis del movimiento: es la velocidad o rapidez con que se desplaza el cuerpo o sus segmentos durante las realización del mismo. Dependen de su temperamento, de su estado emocional y de las condiciones más inmediatas que rodean a la persona.	Observar la cantidad de gestos y operaciones que realiza la persona por unidad de tiempo, y de otro, como la rapidez con que ella inicia y prosigue la ejecución de tales gestos y operaciones hasta su culminación	Amimia o hipomimia: pobreza de gestos emocionales. Acinesia /hipocinesia: si es lento para iniciar una acción o para continuarla, o hay pobreza de actividad motora. Acatisia: necesidad subjetiva de mantenerse en constante movimiento, no puede estar quieto, ya sea sentado o parado	Depresión, manía, trastornos generalizados del desarrollo, reacciones adversas a neurolépticos
Reactividad miotática: es el tono muscular y los reflejos profundos que adopta la musculatura lisa y estriada como trasfondo de la actividad motriz	Los reflejos miotáticos se examinan al percutir con el martillo el tendón de un músculo. En tal caso, después de una latencia muy breve el músculo se contrae momentáneamente y se inmoviliza el segmento correspondiente, es preferible colocar un dedo sobre el tendón y percutir sobre él, mientras se observa la amplitud con que se desplaza del segmento correspondiente.	Arreflexia, Hiporreflexia, Hiperreflexia.	Etiología neurovascular y metabólica.
La reactividad adaptativa: de los reflejos superficiales o patrones de acción / emoción determinados funcionalmente	Son formas de actividad paleocortical cuyo objetivo es satisfacer necesidades básicas del individuo. Se obtiene estimulando o rascando mecánicamente las mucosas o algunas zonas especificas de la piel como la córnea, la mucosa faríngea, las palmas de las manos.	Reflejos de succión, Reflejo de prehensión	Etiología neurovascular y metabólica. Retraso mental, síndrome orgánico cerebral, Demencia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams RD, Victor M, Ropper, AH. Principles of Neurology. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 1997.
2. Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. 2ª ed. México D. F.: Manual Moderno; 2005.
3. Bailey P, von Bonin G. The isocortex of man. Urbana: University of Illinois Press; 1951.
4. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA, editors. Neuroscience: Exploring the Brain. 3rd ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.
5. Benson DF. The neurology of thinking. New York: Oxford University Press; 1994.
6. Berrios GE. The psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects. Psychological Medicine. 1985;15(4):745-758.
7. Berrios GE. Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. Buenos Aires: Polemos; 2011. p. 249-258.
8. Ellis AW, Young AW. Neuropsicología cognitiva humana. Barcelona: Masson; 1992.
9. Fuster JM. The frontal cortex. Anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobe. 4th ed. New York: Raven Press; 1980.
10. Gazzaniga MS, Blakemore C, editors. Handbook of Psychobiology. New York: Academic Press; 1975.
11. Gazzaniga MS, editor. The cognitive neurosciences. Cambridge: MIT Press; 1995.
12. Gil R. Neuropsicología. Barcelona: Masson; 1999.
13. Goldman-Rakic PS. Topography of cognition: parallel distributed networks in primate association cortex. Annu Rev Neurosci. 1988;11:137-156.
14. Guyton AC. Basic neuroscience. 2a ed. Philadelphia: Saunders; 1991.
15. Heilman KM, Valenstein E, editors. Clinical Neuropsychology. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1994.
16. Heilman KM, Bowers DY, Valenstein E. Emotional disorders associated with neurological diseases. In: Heilman KM, Valenstein E, editors. Clinical Neuropsychology. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1994.
17. Hobson JA. Consciousness. New York: Scientific American Library; 1999.
18. OPS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE 10). Washington: OPS; 2008.
19. Rotondo H. Compendio de Psiquiatría. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
20. James W. Principios de Psicología. México D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1989.
21. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, editors. Essentials of neural science and behavior. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995.
22. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 2527-2545.
23. Kertesz A, editor. Localization and neuroimaging in Neuropsychology. N. York: Academic Press; 1994.
24. Leahey TH. Historia de la Psicología. Madrid: Prentice Hall; 1998.
25. LeDoux J. The emotional brain. Nueva York: Simon & Schuster; 1996.
26. Luria AR. El papel del lenguaje en el desarrollo de la conducta. Buenos Aires: Tekné; 1964.
27. Luria AR. El cerebro en acción. Barcelona: Fontanella; 1979.
28. Marin RS. Differential diagnosis and classification of apathy. Am J Psychiatry. 1990;147(1):22-30.
29. Mesulam MM. From sensation to cognition. Brain. 1998;121 (Pt 6):1013-1052.
30. Ortiz P. Cuadernos de psicobiología social 1. Introducción a una psicobiología del hombre. 2ª ed. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
31. Ortiz P. Cuadernos de psicobiología social 6. El nivel consciente de la actividad personal. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
32. Ortiz P. El nivel consciente de la memoria: Una hipótesis de trabajo. Lima: Fondo de Desarrollo Editorial de la Universidad de Lima; 1998.
33. Ortiz P. El sistema de la personalidad. Lima: Orión; 1994.
34. Ortiz P. Ética social, para el desarrollo moral de las instituciones educacionales y de salud. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
35. Ortiz P. Educación y formación de la personalidad. Lima: Fondo Editorial de la Universidad de Ciencias y Humanidades; 2008.
36. Ortiz P. Introducción a la medicina clínica I: Examen clínico esencial. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1996.
37. Ortiz P. Introducción a la medicina clínica II: El examen psicológico integral. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
38. Ortiz P. Introducción a la medicina clínica III: El examen neurológico integral Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999.
39. Ortiz P. Lenguaje y habla personal. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
40. Wilson EO. Sociobiology: the new synthesis. Massachusetts: Harvard University Press; 2000.
41. Wulff H. The two cultures of medicine: objective facts versus subjectivity and values. J R Soc Med. 1999;92(11):

2

Psicobiología del desarrollo de la personalidad

INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española de la Lengua (RAE) define la afectividad como "la cualidad de lo afectivo –perteneciente o relativo al afecto o relativo a la sensibilidad– y como a un conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona, así como al desarrollo de la propensión a querer".[1] Berrios y la escuela psicopatológica de Cambridge plantean que el cambio de las pasiones por las emociones no fue motivado por la investigación empírica o el conocimiento científico, sino por el cambio cultural, necesario para un modelo del hombre del llamado siglo de las luces (el cambio cultural es vacío de toda información semántica) y que logró que los 'sentimientos' pierdan sus funciones teológicas, morales, sociales y comunicativas.

Los conceptos de afecto, estado de ánimo y emociones también se han convertido en comportamientos estereotipados y relacionados con programas cerebrales vestigiales. Con una apariencia cognitiva, las emociones son actualmente consideradas como algo más que la expresión de sucesos neurobiológicos. Por ello, se considera que los clínicos deben volver a la pizarra y que los sentimientos y las emociones deben ser considerados como un sistema comunicativo insondable para el cual se requiere un nuevo lenguaje. Sin una nueva teoría de las emociones, los denominados 'trastornos del afecto' no serán comprendidos en forma adecuada y quienes los padecen no podrán recibir ayuda.[2,3]

Del mismo modo, Berrios infiere que los conceptos teóricos de los trastornos del afecto no contribuyeron mucho para la definición diagnóstica de la enfermedad mental, y su descripción fenomenológica nunca alcanzó la riqueza de la psicopatología de la percepción o de la cognición. Los esfuerzos desde el siglo XIX fueron frustrados por el renacimiento del

asociacionismo, por el surgimiento de los experimentos de localización cerebral, por la definición periférica de las emociones y finalmente por los desdoblamientos del darwinismo.[4] Esto se refleja en la visión de Trimble y Cummings,[5] quienes consideran a las emociones (no los sentimientos) como emociones primarias y emociones sociales, pero sin correlación con la sociedad, la personalidad o la conciencia.

ORGANIZACIÓN DEL CEREBRO HUMANO

Es menester recalcar que el esquema conceptual psicobiológico que presentamos es muy diferente, porque, en primer lugar, la concepción del hombre es esencialmente distinta a las concepciones mecanicistas de la medicina, la psicología o de cualquier otra ciencia positiva; de este modo, no es que el paciente tenga una personalidad, sino que el paciente es una personalidad. Tampoco hay por qué aceptar que la actividad afectiva del hombre y su actividad motivada o conativa están fusionadas o mezcladas, ni mucho menos integradas en sus estructuras límbicas o subcorticales. Hacemos aquí esta advertencia por la vigencia del supuesto de que emoción y motivación están ligadas y son controladas por núcleos subcorticales del sistema límbico.[6]

El sistema nervioso humano es un conjunto de sistemas materiales, cuyas diferencias dependen esencialmente de la clase de información (estructura material dentro de un sistema material que refleja la actividad interna del sistema y la estructura de lo externo al sistema), y que tiene una actividad que determina la organización del sistema total –sea un individuo o una sociedad– que los organiza). Es posible, por lo tanto, distinguir seis niveles evolutivos de organización, como lo plantea Ortiz: 1) los sistemas celulares organizados por la información genética, cuya estructura es neuronal y glial, transmiten información genética codificándola bajo la forma de ácidos nucleicos; 2) los sistemas tisulares organizados por información metabólica y una estructura sináptica, los cuales codifican información bajo la forma de neurotransmisores, neuropéptidos y citocinas; 3) los sistemas orgánicos de estructuras como el tronco encefálico, núcleos basales, cerebelo, tronco cerebral/médula espinal, cuya actividad es neural y codifica información en los núcleos subcorticales y espinales; 4) los sistemas psíquicos de actividad inconciente, cuyas estructuras son el paleocortical límbico (cingular anterior, cingular posterior y parahipocámpica, que se interconectan entre sí por medio del cíngulo y que funcionan como áreas de integración neocórtico-paleocórtico-subcortical) y el paleocórtex heterotípico, cuyas actividades son inconcientes y realizadas codificando información en

redes alocorticales bajo la forma de sensaciones cognitivas y afectivas; 5) la personalidad, de actividad conciente, de estructura neocortical, cuya actividad es conciente y su codificación se realiza en redes neocorticales, a través del neocórtex paralímbico (sistema afectivo emotivo de los sentimientos), el neocórtex parietotemporooccipital (sistema cognitivo productivo de los conocimientos), y el neocórtex prefrontal dorsolateral (sistema conativo volitivo de la motivación); y, finalmente, 6) el sistema social organizado por información social tradicional (solidaridad), cultural (libertad) y económica (justicia)[6] (ver Tablas 1, 2 y 3).

Es necesario comprender que el cerebro humano es un procesador de la información social y genética desde el momento de la concepción hasta el momento en que se entrevista a la persona, cuya resultante final en términos estadísticos se llamará personalidad y todo aquello que se encuentra por fuera de este rango estadístico se llamará trastornos mentales y enfermedades neurológicas.

De este modo, la personalidad, como resultante final de la interacción social y genética, es el sistema integrado del individuo humano cuya actividad total ha sido reestructurada por la clase de información que organiza a la sociedad. Por eso, la personalidad debe ser entendida

Tabla 1. Niveles de organización del sistema nervioso humano*

VI. Nivel social organizado por información social de tipo tradicional (solidaridad), cultural (libertad) y económica (justicia).

Nivel	Individuo	Estructura	Actividad	Información	Codificación
V.	Personalidad	Neocortical	Conciente	Psíquica conciente	En redes neocorticales
IV.	Individuo humano	Paleocortical	Inconciente	Psíquica inconciente	En redes alocorticales
III.	Organismo	Subcortical, Tronco encefálico, médula espinal	Funcional	Neural	En núcleos subcorticales y espinales
II.	Tisular	Sináptica	Metabólica	Metabólica	En neurotransmisores, neuropéptidos y citocinas
I.	Celular	Neuronal	Expresión genética	Genética	En ácidos nucleicos
0.	Molecular	Física	Química	No existe	

* Modificado de Ortiz, 2009.[7]

La correspondencia entre todos los niveles de organización del individuo total y el neocórtex nos permite deducir que únicamente la estructura neocortical conciente refleja todo el conjunto del individuo y se refleja en él

Tabla 2. Tipos citoarquitectónicos de la corteza cerebral. Según Bailey y Bonin (1951); Daly (1974)

	Heterogenética		Homogenética		
Estructura	Siempre menos de 6 láminas		De 6 láminas en estadios maduro y/o embrionario		
Sinónimos	Alocórtex		Neocórtex		
Subtipos	Paleocórtex	Arquicórtex	Homotípica de 6 láminas	Heterotípica de menos de 6 láminas	
	Área olfatoria	Hipocampo Circunvolución dentada	Eulaminar	Granular	Agranular

Tomado de: Ortiz, 2004.[8]

El sistema nervioso tiene una estructura laminar y columnar similar, desde los insectívoros hasta los primates. Esta clasificación, sugerida por Bailey y Bonin (1951), está basada en los aspectos anatómico y funcional, pero de ninguna manera psíquica.[8]

como un sistema vivo individual, estructurado a partir de la información genética de sus células y reestructurado por toda la información social que ha llegado a constituirse en su conciencia, en el curso de su infancia, niñez y adolescencia. Es decir, la personalidad es el sistema del hombre concreto, cuya historia ha sido y es organizada al interior de la sociedad donde ella se forma y reproduce, produce y crea.[8,9]

El desarrollo del cerebro, como resultante final, depende en cierta medida del grado de penetrancia de la información social y genética, las cuales interactúan a lo largo de la vida del persona, tanto en el periodo

Tabla 3. Organización psíquica de la corteza cerebral humana. Modificado de Ortiz P (1999)

Alocórtex: nivel inconciente		Neocórtex: nivel conciente	
Corteza heterogenética		Corteza homogenética	
Arquicórtex?	Paleocórtex	Neocórtex transicional: Plano preconciente	Neocórtex homotípico: Plano subconciente
Circunvolución dentada, Circunvolución fasciolar Indusium Griseum Circunvolución subcallosa Hipocampo	1. Paleocórtex límbico: Circunvolución parahipocámpica Circunvolución del cíngulo Lóbulo de la ínsula 2. Paleocórtex heterotípico: Áreas receptivas primarias: táctil, auditiva y visual Área motora primaria	1. Áreas receptivas secundarias 2. Áreas receptivas secundarias 3. Áreas premotoras	1. Neocórtex de asociación paralímbica: Orbitofrontal-temporal anterior 2. Neocórtex de asociación posterior: Parietotemporooccipital 3. Neocórtex de asociación anterior: Prefrontal dorsolateral

* Modificado de Ortiz, 1999.[10]

Ortiz relega al paleocórtex al nivel psíquico inconciente, con sus dos componentes límbico afectivo y heterotípico cognitivo. La corteza cerebral tiene tres áreas de asociación bien diferenciadas en el neocórtex cerebral homotípico: 1) el área de asociación paralímbica (orbitofrontal-temporal anterior); 2) el área de asociación posterior (parietotemporooccipital), y 3) el área de asociación anterior (prefrontal dorsolateral).[10]

formativo (0-18 años de edad), la madurez (18 a 65 años) y la fase del deterioro (más de 65 años). La penetrancia genética es predominante en el periodo formativo. En la madurez, tiende a equipararse, mientras que en la fase del deterioro del cerebro predomina la información social (ver Figura 1).

Ortiz define a la conciencia como el "conjunto de la información social que cada individuo ha sido capaz de incorporar y codificar en su neocórtex cerebral como información psíquica conciente –afectiva (neocórtex paralímbica), cognitiva (neocórtex parietotemporooccipital) y conativa (neocórtex prefrontal dorsolateral)– en el curso de su propia actividad personal y tal como esta se desenvuelve dentro del sistema de la sociedad donde se forma y desarrolla". De esta manera, la configuración que adopte la información psíquica conciente (neocortical) en cada persona reflejará básicamente la forma histórica de la personalidad vigente en cada etapa del desarrollo de su propia clase social. Del mismo modo, a fin de diferenciarlo de la conciencia, define a la inconciencia como "todo el conjunto de la información psíquica inconciente (paleocortical límbico y heterotípico) que refleja, en sentido epigenético (la información genética desde los genes hacia la sociedad) la actividad interna de los individuos animales y humanos y en sentido ecocinético (el ambiente físico químico que le rodea)".[11]

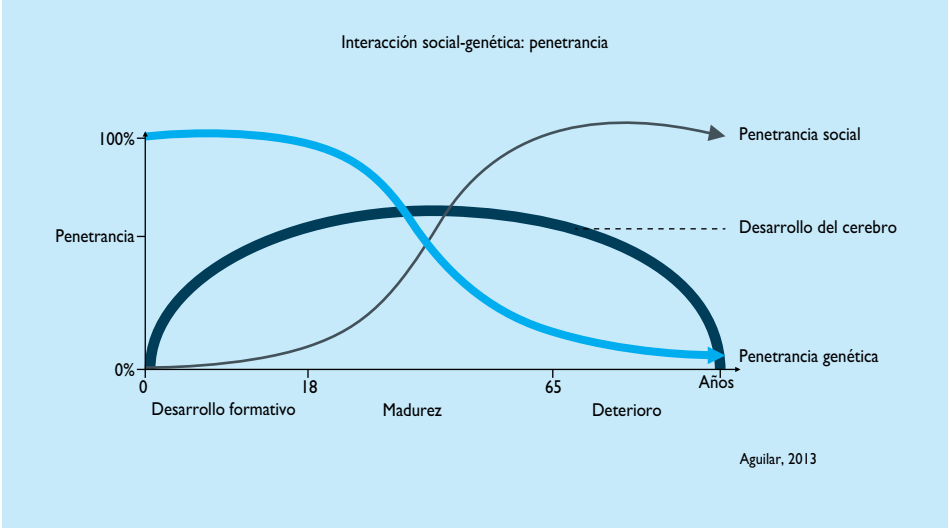


Figura 1. El desarrollo, madurez y deterioro del cerebro, como resultante final, depende del grado de penetrancia de la información social y genética, las cuales interactúan dinámicamente, la penetrancia genética es predominante en el periodo formativo. En la madurez, tiende a equipararse, mientras que en la fase del deterioro del cerebro predomina la información social.

EL CEREBRO SOCIAL HUMANO ES DIFERENTE AL CEREBRO DE LOS MAMÍFEROS

Si bien es cierto que la estructura histológica, anatómica y, tal vez, funcional es similar en todos los mamíferos, idea sugerida por Bailey y von Bonin en 1951 (ver Tabla 2),[12] la diferencia en el humano es que este tejido procesa información social. Además, la transmisión de su información metabólica (neurotransmisores, neuropéptidos y citocinas) y genética es más compleja, en razón de que el cerebro expresa aproximadamente 16 000 de los 30 000 genes que posee el genoma humano. Es por esta razón que la organización de la corteza cerebral humana relega al paleocórtex al nivel psíquico inconciente, con sus dos componentes límbico afectivo y heterotípico cognitivo. Por otro lado, el neocórtex eulaminar queda como el sistema de memoria neocortical de la conciencia dividido en los tres componentes de la conciencia, tres áreas de asociación bien diferenciadas en el neocórtex cerebral homotípico: 1) el área de asociación paralímbica (orbitofrontal-temporal anterior); 2) el área de asociación posterior (parietotemporooccipital), y 3) el área de asociación anterior (frontal dorsolateral) (ver Tabla 3). Es importante recordar que, si bien es cierto que el hombre y algunos mamíferos poseen neocórtex, solo el neocórtex humano es el único que puede codificar la información de tipo social. Del mismo modo, algunos animales y el hombre pueden utilizar instrumentos, pero solo el hombre es capaz de producir un instrumento con alguna intencionalidad, intencionalidad que da lugar a la motivación y a los valores que esta codifica.

La conciencia corresponde al mayor grado de organización de la personalidad e incluye sus tres componentes de nivel neocortical: el afectivo emotivo (neocórtex paralímbico), el cognitivo productivo (neocórtex parietotemporooccipital) y el conativo volitivo (neocórtex prefrontal dorsolateral), que almacenan y procesan la clase de información psíquica de base social que son los sentimientos, los conocimientos y las motivaciones, respectivamente. Cada uno de estos componentes tendrá a su vez sus respectivas entradas y salidas, y sus aspectos espaciales y temporales.[11]

LA AFECTIVIDAD: EL SISTEMA AFECTIVO-EMOTIVO

Se refiere al sistema de la afectividad. Este sistema contiene y procesa la información psíquica conciente, que son los sentimientos y las sensaciones afectivas así como el componente visceral del individuo estructurado afectivamente. En efecto, la estructura de la afectividad

determina: 1) en el nivel inconciente: las sensaciones afectivas, 2) en el nivel conciente: los sentimientos, 3) las disposiciones afectivas (humor o estados de ánimo) y 4) los rasgos psíquicos del temperamento (ver Tabla 4).

La información psíquica afectiva conciente se codifica en el neocórtex paralímbico, conformado por las áreas orbitofrontal y temporal anterior, que en el hemisferio derecho se extiende hasta incluir el área simétrica a la de Wernicke del lado opuesto. Este neocórtex afectivo es, en realidad, la afectividad y conforma el sistema de memoria afectivo emotivo, cuya actividad determina la integración de esta clase de información guardada en el plano del cerebro despierto. Por otro lado, el paleocórtex límbico es el asiento de las sensaciones afectivas. Las entradas a este sistema son las vías nerviosas del sistema nervioso visceral sensitivo, que comprende los sistemas de la sensibilidad interoceptiva visceral, sensibilidad exteroceptiva afectiva táctil y los del olfato y gusto. Sus salidas son el

Tabla 4. La estructura psíquica de la afectividad

1. En el nivel inconciente: las sensaciones afectivas:

- Intrapersonales: sed, hambre, cenestesia, náusea, dolor, calor, frío; sensaciones de defecación y micción
- Interpersonales: tacto afectivo (protopático), cosquillas, sensaciones genitales
- Extrapersonales: olor, sabor; miedo y rabia.

2. En el nivel conciente: los sentimientos:

2.1. Intrapersonales:

- En relación con la alegría: agrado, dicha, placer, felicidad, éxito, júbilo, entusiasmo, alivio, animación, orgullo, optimismo, satisfacción, dulzura.
- En relación con la tristeza: sufrimiento, abatimiento, pena, depresión, nostalgia, abandono, vergüenza, culpa, remordimiento, melancolía, insatisfacción, malestar.

2.2. Interpersonales:

- En relación con el amor: cariño, ternura, estima, aprecio, deleite, piedad, caridad, deseo sexual, lujuria, orgasmo.
- En relación con la cólera: agravio, desagrado, frustración, indignación, desprecio, envidia, celos, odio, ira, venganza, disgusto.

2.3. Extrapersonales:

- En relación con la tranquilidad: sosiego, serenidad, éxtasis, ensoñación, ecuanimidad, quietud, calma
- En relación con la angustia: alarma, susto, horror, terror, tensión, preocupación, pavor, pánico, sorpresa, resentimiento, estupor, asco

3. Las disposiciones afectivas

- Humor alegre
- Humor triste
- Humor irritable
- Humor angustiado
- Humor tranquilo

Tomado de: Ortiz, 2004.[8]

sistema nervioso motor visceral, simpático y parasimpático, que, a su vez, inervan el componente visceral del cuerpo, en gran medida, a través del sistema endocrino e inmunitario.[11]

Recordemos, a propósito de estas definiciones, que todas las clases de información tienen el doble aspecto de su estructura y actividad, y, por lo tanto, afecto y emoción son lo mismo, pero, al mismo tiempo, son diferentes; afecto es el aspecto de estructura y emoción es la actividad de la información psíquica afectiva. En otros términos, afecto es el lado estructural o espacial de la información; emoción es el aspecto de la actividad o temporal de la misma. En otro sentido, el afecto refleja las señales sensoriales de entrada; la emoción se refleja en las señales motoras de salida.[8] Esta conceptuación de afecto y emoción claramente explica por qué en unos textos el primero se define como la vivencia y la emoción como su expresión (Ruch y Patton)[13] y en otros justamente al revés (Kaplan y Sadock 1995).[14]

El neocórtex afectivo tiene conexiones aferentes de las áreas receptivas olfativas, gustativas y viscerales generales del nivel paleocortical, directamente y a través del núcleo centromedio del tálamo. Sus conexiones eferentes se proyectan a la corteza límbica, al complejo de la amígdala, al hipotálamo lateral, la sustancia gris periacueductal, los núcleos del rafe y cerúleo y los núcleos autonómicos del tronco cerebral. A través del cíngulo, las vías de asociación del cuerpo estriado y el tálamo y las redes transcorticales más directas, se interconecta en paralelo con las áreas de transición auditivas verbales y con las otras dos áreas de asociación, cognitiva y conativa del hemisferio correspondiente. Las conexiones bihemisféricas se efectúan directamente a través de la comisura blanca anterior y a través del cuerpo calloso para las áreas temporales laterales.[10]

Una cuestión adicional es saber si existe alguna diferenciación entre la clase de actividad psíquica que realizan las áreas orbitarias[15] y temporales. Lo único que puede decirse es que las áreas temporales parecen estar en relación con procesos funcionales predominantemente sensoriales, en tanto que las áreas orbitarias parecen estarlo en relación con procesos predominantemente motores. Como veremos en seguida, los desórdenes temporales son más por defecto (anafectividad), mientras que las orbitarias son más de pérdida de control de la expresión emocional.[10]

Desde el punto de vista de la organización del sistema de la personalidad, es posible usar mejor los datos empíricos disponibles para sostener que las diversas clases de información afectiva que constituyen la estructura

afectiva emotiva de nivel conciente (neocórtex paralímbico) se codifican en el sistema de memoria neocortical que conforman las áreas orbitofrontal y temporal anterior. Así mismo, es posible sostener que los aspectos estructurales o afectivos de dicha información se codifiquen preferentemente en las redes neurales de estas áreas del hemisferio derecho, mientras que los aspectos de actividad o emotivos de la misma información lo hagan en las áreas opuestas del hemisferio izquierdo.

De este modo, las diferencias observadas en la forma cómo cada hemisferio procesa algunos aspectos de las emociones primarias, y posiblemente los sentimientos, dependen de la manera como se integran estas clases de información en el plano epiconciente (cuando el cerebro está despierto y con la información en uso), es decir, en los planos de la percepción, la imaginación, el pensamiento y la actuación de la persona.[10]

PROCESO DE FORMACIÓN DE LA AFECTIVIDAD DESDE LA INFANCIA HASTA LA ADULTEZ

Es preciso diferenciar que, en la personalidad adulta, la percepción es la actividad del cerebro despierto que integra la información guardada en la memoria con la información psíquica inconciente que generan los receptores sensoriales. Sin embargo, en los niños que nacen en el seno de una familia, cuya personalidad está en formación, la percepción es una estrategia del cerebro despierto que desintegra la información social en relación con las sensaciones afectivas y cognitivas actuales, para codificarla en la memoria.

SENSACIONES AFECTIVAS

Las redes paleocorticales límbicas y heterotípicas determinan la codificación final de las respectivas clases de información inmediatamente después del nacimiento, mientras que las redes neocorticales deben codificar, al mismo tiempo, tanto el sistema de codificación del habla como la información psíquica neocortical de tipo afectiva, que le proporciona la sociedad. Las redes neurales de este componente almacenan y procesan las señales sensoriales verbales que codifican la entonación emotiva de los segmentos de las señales verbales de la información psíquica afectiva paleocortical límbica. Ante las necesidades sociales, responde el conjunto de sensaciones afectivas constituido por: 1) las sensaciones intrapersonales (sed, hambre, cenestesia, náusea, calor, frío y dolor); 2) las sensaciones interpersonales (tacto afectivo protopático, cosquillas y sensaciones genitales), y 3) las sensaciones extrapersonales

(olor, sabor, miedo y rabia). El infante las expresa como gestos faciales, risa, llanto, gritos, quejidos, ademanes, actividad autonómica y metabólica endocrina, por lo que dicha actuación personal es apreciada y examinada por la familia y el médico respectivamente (ver Figura 2). Cabe mencionar que, en el supuesto negado de que un recién nacido no sea criado en sociedad (ni familia, ni grupos sociales), su desarrollo predominantemente partiría de las áreas paleocorticales (límbicas y heterotípicas) en relación con el medio ecológico donde vive; se formaría un individuo humano, pero no un individuo social, en razón de que este individuo humano no tendría el sustrato social para poder codificar sentimientos, conocimientos y valores.

A diferencia de la información afectiva paleocortical límbica, de nivel inferior, que es determinada epigenéticamente (a partir de los estados celulares, metabólicos y funcionales del organismo durante la psicogénesis intrauterina) y cinéticamente (en base de las primeras sensaciones afectivas exteroceptivas que registra el niño al momento de nacer), la información afectiva conciente del nivel superior (neocórtex paralímbico) de la conciencia es determinada epigenéticamente (a partir de la actividad emotiva con la cual el infante busca suplir sus necesidades corporales internas) y sociocinéticamente, sobre la base de las señales

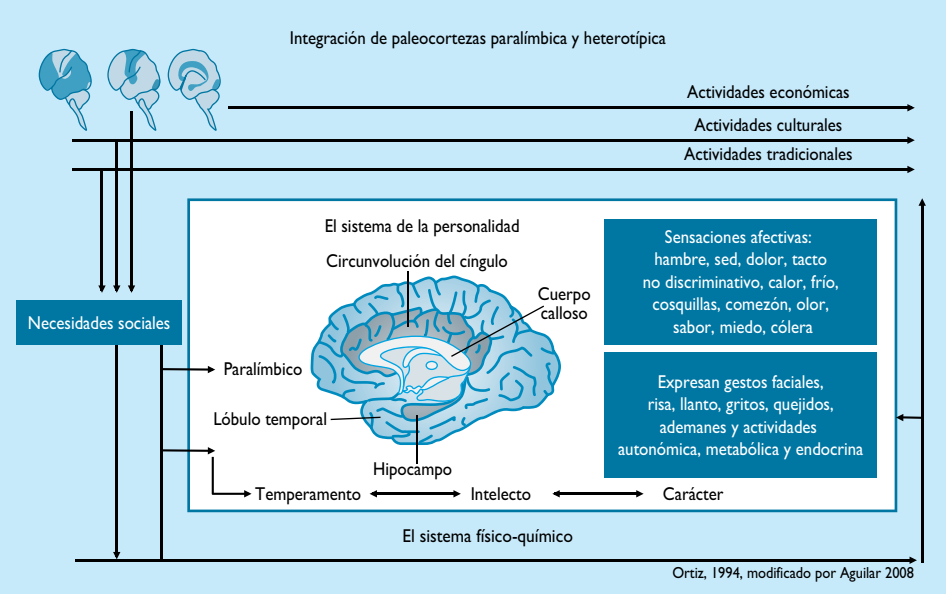


Figura 2. Ante las necesidades sociales del infante, las sensaciones afectivas (codificadas en el paleocórtex límbico), se expresan de una manera particular, esta expresión es apreciada por la familia, y de esta interacción, el infante codificar sentimientos en su neocorteza paralímbica.

emotivas que recibe y procesa en el curso de sus relaciones interpersonales, las que a su vez reflejan la estructura tradicional de la sociedad donde el niño se 'moldea' en los primeros años de su periodo formativo. De esta manera, él incorpora toda la información social tradicional que es característica de su grupo, comunidad y clase social; luego, la organiza y configura hasta conformar su estructura afectiva conciente, es decir, la estructura de sentimientos que constituye el primer componente de su conciencia. De la actividad de este componente depende la estructuración psicocinética de la actividad afectiva inconciente, las disposiciones afectivas, los grados de ansiedad y el temperamento de base social de la personalidad.[10]

FORMACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS

En efecto, conforme el infante adquiere y forma su estructura de sentimientos, predominantemente en los tres primeros años de vida (luego, estos pueden modificarse sustancialmente a lo largo de toda la vida), la actividad que genera esta clase de información reestructura en sentido cinético, primero, la actividad afectiva inconciente (paleocórtex límbico), inclusive las formas de actividad cognitiva de este mismo nivel y a través de estas a toda la actividad funcional, metabólica y celular del conjunto de la persona en formación. Debe ser por esta razón que las sensaciones afectivas, que en primera instancia antes de nacer eran de naturaleza animal, gradualmente adquieren la forma de sentimientos y así son subsumidos dentro de la estructura de la conciencia. El hambre se convierte en apetito, la sed en el deseo de 'cuidar los riñones', el olor en atractivo sensual, el impulso sexual en deseo sexual, etc.[10] De esta constante interacción se van formado los sentimientos, los que se pueden clasificar por espectros como: 1) los sentimientos intrapersonales, que, a su vez, pueden estar en relación con la alegría (dicha, placer, felicidad, éxito, júbilo, alivio, entusiasmo, animación, orgullo, optimismo) o en relación con la tristeza (sufrimiento, abatimiento, pena, depresión, nostalgia, abandono, vergüenza, culpa, remordimiento, melancolía, malestar); 2) los sentimientos interpersonales que, a su vez, están en relación con el amor (cariño, ternura, estima, deseo sexual, lujuria, orgasmo) o en relación con la cólera (agravio, frustración, indignación, desprecio, envidia, celos, odio, ira, venganza, disgusto), y 3) los sentimientos extrapersonales dimensionados en relación con la tranquilidad (sosiego, quietud, calma, serenidad, ecuanimidad, ensoñación, éxtasis) o en relación con la angustia (preocupación, tensión, susto, alarma, horror, pavor, terror, pánico, estupor, resentimiento, asco).

De esta manera, se inicia la formación del neocórtex afectivo del individuo social, que, al formar predominantemente la afectividad desde el nacimiento hasta el final de la infancia (tres años), estructura de esta manera el sistema afectivo emotivo de la conciencia (paleocórtex límbico y neocórtex paralímbico), el temperamento y la personalidad. En este periodo, la estrategia de codificación de sentimientos es predominantemente perceptual, simultánea y casi instantánea, mediante el juego y la expresión del amor (principalmente materno o cuidador primario),[16,17] en el contexto de cuidado de la familia,[18] que le proporciona la sociedad en primer lugar. Por lo tanto, el infante no solo acumula un sentimiento tras otro, casi siempre de modo circunstancial y fortuito, sino que los codifica y usa en grados diversos. Más aún, los relaciona, integra, configura de un modo personal y único. Las personas que le rodean integran a su actividad subjetiva la información social correspondiente codificándola en la prosodia y el léxico del lenguaje.

ROL DE LA EPIGENÉTICA Y LOS ENDOFENOTIPOS EN EL DESARROLLO DE LA AFECTIVIDAD

El primero en mencionarlo fue Waddington, en 1939,[19] quien la definió como el complejo "proceso de desarrollo que media entre el genotipo y el fenotipo".[20] Meaney y Szyf habían estado experimentando en ratas, observando que el comportamiento de madres desaprensivas puede afectar el desarrollo posterior de sus crías, lo que atribuyeron a mecanismos epigenéticos que intervendrían en la regulación de la expresión de los genes, que actuaban a nivel del cerebro. Se postuló que determinados mecanismos moleculares inducirían los cambios en las crías, modificando la actividad de sus genes sin alterar la secuencia de sus bases. De este modo, la epigenética podría explicar cómo experiencias tempranas podrían dejar marcas indelebles en el cerebro, que más tarde influirían en el comportamiento de las personas e incluso en su salud física. Si lo observado en las ratas se extrapolaban a los humanos, podrían explicarse muchas de las alteraciones anómalas observadas en niños que han sido abusados en edades tempranas, o los problemas surgidos en personas que han nacido en ambientes socioeconómicos muy deprimidos.[21]

En 2004, los mismos autores publicaron un trabajo,[22] en la que reafirmaban la importancia del comportamiento de las madres durante las primeras etapas de la vida y la repercusión sobre la estructura cerebral de las ratas hijas. En el diseño experimental, separaron dos grupos de madres que demostraban un comportamiento diferente. Algunas ratas

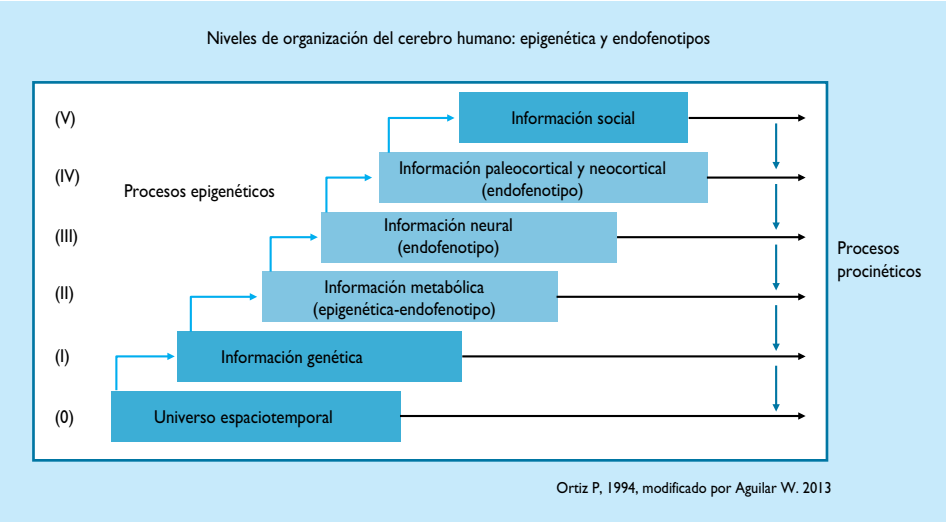


Figura 3. Según los niveles de organización, la epigenética se localiza entre los niveles de organización genética y metabólica; mientras que en cada nivel de organización se pueden encontrar diferentes tipos de endofenotipos, relacionados entre sí, a través de proceso epigenético o procesos cinéticos.

eran cuidadosas y acariciaban a sus crías y se esmeraban en facilitar su amamantamiento, mientras que otras no les prestaban mayor atención y se despreocupaban de ellas. Posteriormente, los autores describieron los efectos del comportamiento materno en las crías, observando que las ratas hijas de madres desaprensivas, más tarde, en la etapa adulta respondían en forma más reactiva a situaciones de estrés, en relación con el grupo control de hijas de madres preocupadas y cuidadosas. Así por ejemplo, cuando las encerraban en un tubo de plexiglás que restringía sus movimientos, mostraban mayores niveles de corticosterona, la hormona suprarrenal cuya producción se incrementa en situaciones de estrés. A su vez, en sus cerebros encontraron menor número de receptores para glucocorticoides (RG), expresado en el hipocampo, que está relacionado con la reproducción. Estos receptores amplifican la producción de oxitocina, una hormona que promueve la interacción madre-hija.

Meaney y Szyf relacionaron esta disminución de receptores cerebrales para glucocorticoides con el proceso de metilación del ADN (específicamente, del exón 17 promotor del gen del RG) y acetilación de histonas asociadas al gen del RG y, por lo tanto, con una menor unión del factor de transcripción NGF1-A al promotor de este gen.[22-24] Las hijas de las ratas desaprensivas tenían tendencia a incrementar los grupos metilos unidos a la región de los promotores, la posición 'on' del interruptor del gen de RG. Es decir, mecanismos epigenéticos estarían

regulando la expresión de ese gen (el código de las proteínas histonas actúa regulando la expresión de los genes). En condiciones normales, este gen ayuda a mediar la respuesta del animal al estrés. Pero en la rata deprivada del cariño de su madre, la metilación del ADN bloqueaba el acceso para que el factor de transcripción active la producción del gen. Como consecuencia de la menor expresión de este gen, se evidenciaron menores niveles de GR a nivel hipocampal y, con esto, una menor retroalimentación negativa del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal, con la consiguiente mayor producción de hormonas del estrés, es decir, una mayor respuesta al estrés, que se expresaba en la desconfianza de la rata para explorar nuevos ambientes. Lo curioso era que el efecto persistía a lo largo de la vida.

Pero también se demostró que estas modificaciones epigenéticas son reversibles: al administrarse las enzimas que extraen los grupos metilos del ADN se pueden revertir los efectos provocados por las madres desaprensivas. [23,25]

Estos datos deberían considerarse en el siguiente contexto: la expresión genética se expresa después de que la información social, a la que el infante ha sido expuesto, ha reestructurado cinéticamente progresivamente todos los niveles, empezando en el nivel neocortical, luego en el paleocortical, funcional, metabólico y, finalmente, ejerce su

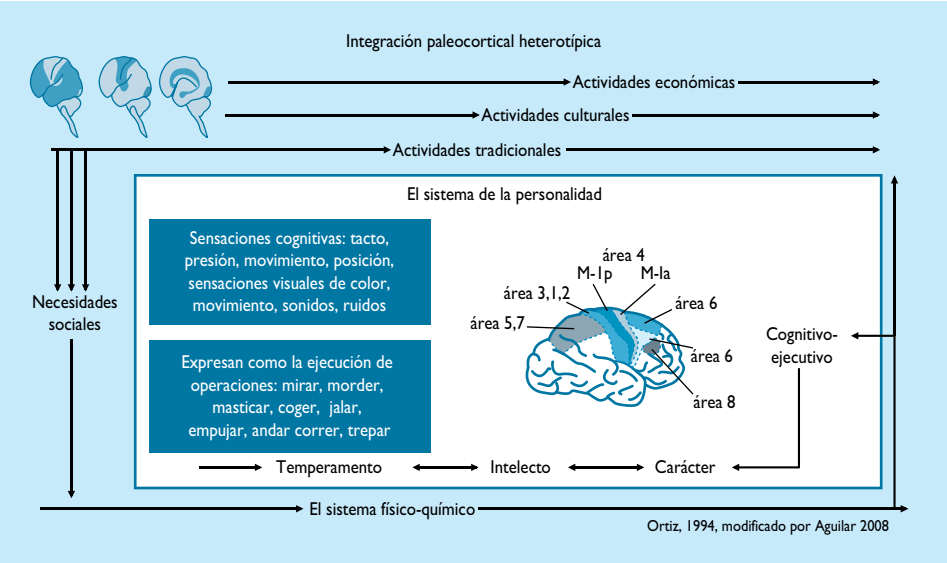


Figura 4. Ante las necesidades sociales del infante, las sensaciones cognitivas (codificadas en el paleocórtex heterotípico), se expresan de una manera particular, esta expresión es apreciada por su entorno, y de esta interacción, el infante codifica conocimientos en su neocorteza paritotemporooccipital.

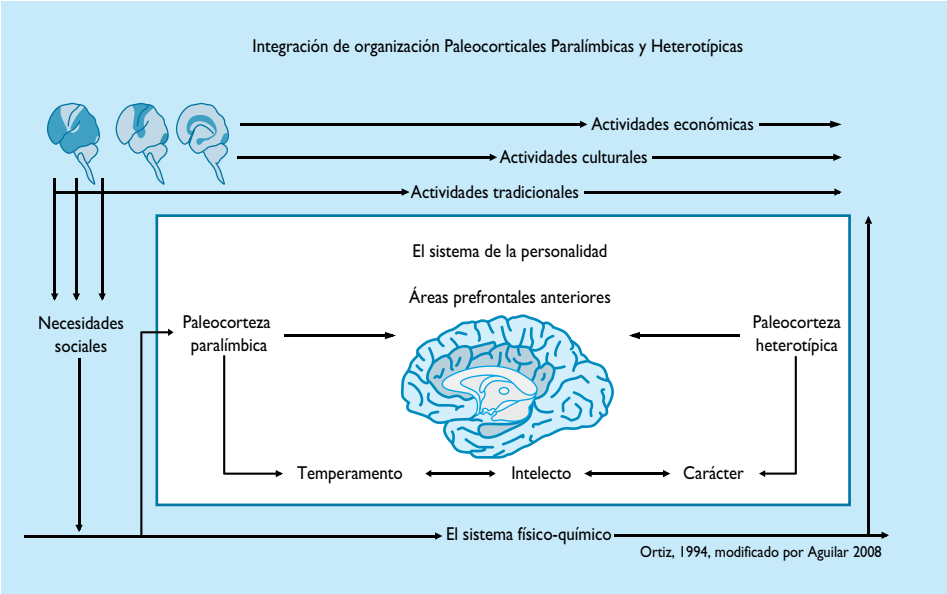


Figura 5. Las necesidades sociales, permiten que las sensaciones afectivas y cognitivas se integren a través de las áreas prefrontales anteriores.

acción en la interface de las histonas. Sin embargo, tradicionalmente se ha considerado que la información social llega directamente a las histonas, sin haber reestructurado los niveles de organización que existen entre el nivel de organización genética y el nivel de organización social (ver Figura 3).

Bajo la metodología del análisis de los endofenotipos subyace la 'aspiración' de encontrar biomarcadores (marcadores biológicos) asociados con la enfermedad o el trastorno en estudio, que sean heredables, sean independientes del estado de la enfermedad, que juntamente con la enfermedad cosegregen en las familias y que se manifiesta en familiares no afectados con mayor frecuencia que en la población general, tal como lo definen Gottesman y Gould.[26] En este sentido, se procura encontrar biomarcadores en los diversos niveles de organización del cerebro humano (ver Figura 3)

DISPOSICIONES AFECTIVAS (HUMOR O ESTADOS DE ÁNIMO) Y TEMPERAMENTO

Se llama disposición afectiva a la configuración más o menos duradera que adopta el conjunto de la estructura de la conciencia sobre la base de la información afectiva conciente. La configuración más

o menos permanente que configura dicha estructura afectiva es el potencial afectivo de una persona una vez que su conciencia ha sido estructurada. Se expresa como el humor (llamada también estado de ánimo): humor alegre, humor triste, humor irritable, humor angustiado y humor tranquilo. Las disposiciones se pueden expresar en la actuación objetiva en forma de gestos del comportamiento, y, si persisten, forman el temperamento del humano adulto. El temperamento del humano adulto es definido como el componente visceral del individuo que, durante el proceso del desarrollo formativo, se ha organizado en base de la información psíquica afectiva y que se expresa por medio de un conjunto de características afectivas de la persona en el curso de la vida.

De esta manera, en forma dinámica, dialéctica, como cerebro tripartito (según la teoría de la doble determinación y desde la psicobiología), la estructura psíquica de la afectividad, como componente de la personalidad, incluye: las sensaciones afectivas (del nivel inconciente paleocortical límbico), los sentimientos (del nivel conciente neocortical paralímbico), las disposiciones afectivas (humor o estados de ánimo) y los rasgos psíquicos del temperamento.[11]

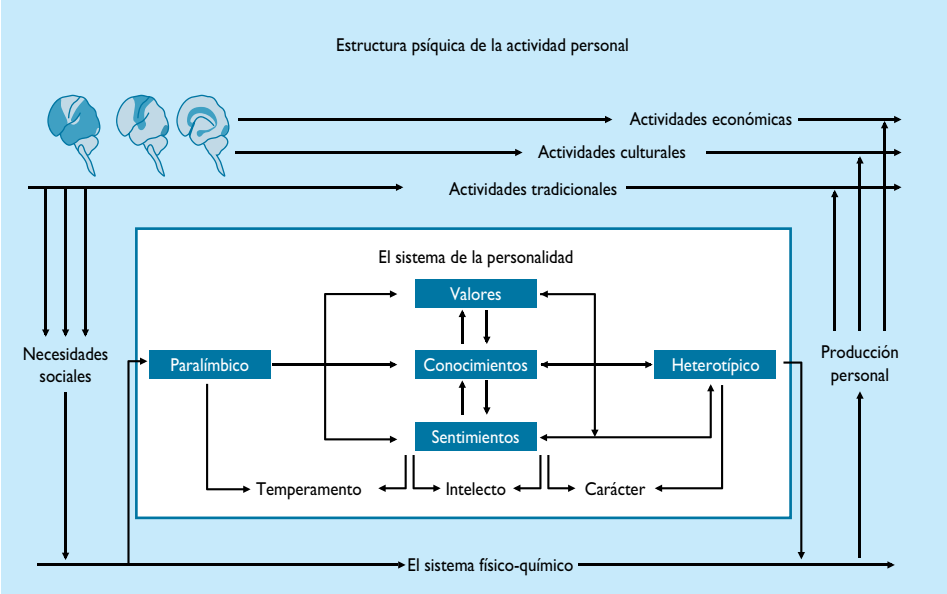


Figura 6. Ante las necesidades sociales (tradicionales, culturales y económicas), codifican sentimientos, conocimientos y valores, permitiendo de esta manera se estructure una personalidad particular y diferente a todas las demás; incluso, si fueran dos gemelos univitelinos, que han sido expuestos a las mismas variables sociales en el transcurso de su vida.

FORMACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS

El infante, como parte de sus necesidades sociales, experimenta sensaciones cognitivas en su paleocórtex heterotípico, tales como tacto, presión, movimiento, posición, sensaciones visuales de color, movimiento, sonidos y ruidos, al momento de interaccionar con su entorno o recibir información de su propio organismo. El infante las expresa en su actuación personal mediante la ejecución de operaciones como mirar, morder, masticar, coger, jalar, empujar, andar correr, trepar. De esta manera, la familia o los profesores lo pueden observar y/o evaluar respectivamente (ver Figura 4).

Simultáneamente, desde el nacimiento, empieza la codificación de la información social cognitiva y son las palabras de contenido las primeras formas de información social con respecto a los objetos de uso más frecuente e inmediato. La relación semántica entre los objetos vistos, oídos o tocados y los nombres, adjetivos y verbos que oye es el primer vínculo entre la actividad inconciente del infante y la realidad social concreta. Entonces, tendrá que ocurrir una doble codificación: de los objetos en sí y el léxico respectivo. Esta codificación se incrementa con más intensidad durante la niñez (3-12 años de edad); la reiteración es la estrategia de codificación de los conocimientos, basados en la información cultural.

La integración paleocortical límbica y heterotípica, tanto de las sensaciones afectivas como cognitivas, se realiza a través de las áreas prefrontales anteriores y de ella hacia las áreas neocorticales correspondientes (ver Figura 5).

FORMACIÓN DE LOS VALORES

Los procesos conativos en la infancia también se presentan con el establecimiento de la relación semántica entre los hechos actuales y las primeras frases oídas (y/o emitidas). Es el primer paso hacia una codificación de la información conativa acerca de las acciones intencionales que son parte del proceso social (tradicional, familiar, interpersonal) para poder codificar los valores en el neocórtex prefrontal dorsolateral (ver Figura 4). Este proceso se realiza desde el nacimiento, pero con más intensidad en la adolescencia (12 a 18 años). La estrategia para codificar los valores es básicamente actuante, estructurándose el neocórtex prefrontal dorsolateral al codificar la información social económica en la forma de información psíquica conativa, por lo que finalmente se convierte en el sistema de memoria que almacena las motivaciones. De esta manera, se forman las actitudes que se forman ante la sociedad (dignidad, honestidad,

bondad, respeto, sensibilidad, exigencia, valentía), ante el trabajo (entereza, responsabilidad, dedicación, escrupulosidad, esmero, orden, meticulosidad, cuidado) y, finalmente, ante sí mismo (autonomía, amor propio, dominio de sí, sencillez, modestia, etc.).[10]

La personalidad se desarrolla por áreas o sistemas, que se alcanzan al terminar la adolescencia. La personalidad codifica en la neocorteza cerebral los sentimientos, conocimientos y valores (Figura 6).

CONCLUSIÓN

Las necesidades sociales y genéticas a lo largo de los primeros 18 años en promedio (algunos refieren hasta los 23 años), permiten que se desarrolle y forme la personalidad, con sus componentes afectivo, cognitivo y motivacional (ver Figura 6). Finalmente, el enfoque informacional y psicobiológico de Ortiz permitiría concluir que durante la formación del sistema afectivo emotivo (neocórtex paralímbico) el infante debe asimilar los patrones morales tradicionales que determinan la formación de su afectividad. Su comportamiento se adoptará a la estructura tradicional, que debe basarse en el valor máximo: la solidaridad. De este modo, la personalidad en formación adquiere su dignidad. Durante la formación del sistema cognitivo productivo de la conciencia (neocorteza parietotemporooccipital), el niño debe asimilar los patrones morales de la cultura que determinan la formación moral de sus conocimientos. Su desempeño se adecuará a la estructura cultural, que debe basarse en el valor máximo: la libertad. De este modo, la personalidad en formación desarrolla su autonomía. Finalmente, la formación del sistema conativo volitivo (corteza prefrontal dorsolateral) se realiza predominantemente en la adolescencia, cuando debe asimilar los patrones morales de la estructura económica, que son los que determinan la formación moral de sus valores. Su conducta se ajustará a la estructura económica de la sociedad, que debe basarse en el valor máximo: la justicia. Así, la personalidad en formación consolida su integridad.[6]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española de la Lengua. DRAE. 22ª ed. Madrid: Espasa; 2001 [citado 15 jun 2002]. Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=afectividad/.
2. Berrios GE. The psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects. Psychological Medicine. 1985;15(4):745-758.
3. Berrios GE. Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. Buenos Aires: Polemos; 2011. p. 249-258.
4. Berrios GE. A psicopatologia da afetividade: aspectos conceituais e históricos. Rev Latinoam Psicopat Fund., São Paulo, 2012;15(5):138-170.
5. Trimble MR, Cummings JL, editors. Contemporary behavioral neurology. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1997.
6. Ortiz P. Ética social, para el desarrollo moral de las instituciones educacionales y de salud. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
7. Ortiz P. Cuadernos de psicobiología social 1. Introducción a una psicobiología del hombre. 2ª ed. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
8. Ortiz P. Cuadernos de psicobiología social 6. El nivel consciente de la actividad personal. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
9. Ortiz P. El sistema de la personalidad. Lima: Orión; 1994.
10. Ortiz P. Introducción a la medicina clínica III: El examen neurológico integral Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999.
11. Ortiz P. Introducción a la medicina clínica II: El examen psicológico integral. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
12. Bailey P, von Bonin G. The isocortex of man. Urbana: University of Illinois Press; 1951.
13. Ruch TC. The association areas - the homotypical cortex. In: Ruch TC, Patton HD, editors. Physiology and Biophysics. Philadelphia: Saunders; 1979. pp. 589-626.
14. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 2527-2545.
15. Galvan A, Hare TA, Parra CE, Penn J, Voss H, Glover G, Casey BJ. Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. J Neurosci. 2006;26(25):6885-6892.
16. Gerhardt S. Why love matters: How affection shapes a baby´s brain. Infant Observation. 2006;9(3):305-309.
17. Caspers K, Yucuis R, Troutman B, Arndt S, Langbehn D. A sibling adoption study of adult attachment: the influence of shared environment on attachment states of mind. Attach Hum Dev. 2007;9(4):375-391.
18. Lewinsohn PM, Olino TM, Klein DN. Psychosocial impairment in offspring of depressed parents. Psychol Med. 2005;35(10):1493-503.
19. Waddington CH. Development as an epigenetic process. In: An introduction to modern genetics. London: Alien and Unwin; 1939.
20. Waddington CH. The pupil contraction as an epigenetic crisis in drosophila. Proc Zool Soc Lond 1942;A111(3-4):181-188.
21. Miller G. Epigenetics. The seductive allure of behavioral epigenetics. Science. 2010 ;329(5987):24-27.
22. Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. Nat Neurosci. 2004;7(8):847-854.
23. Weaver IC, Champagne FA, Brown SE, Dymov S, Sharma S, Meaney MJ, et al. Reversal of maternal programming of stress responses in adult offspring through methyl supplementation: altering epigenetic marking later in life. J Neurosci. 2005;25(47):11045-1154.
24. Szyf M, Weaver I, Meaney M. Maternal care, the epigenome and phenotypic differences in behavior. Reprod Toxicol. 2007;24(1):9-19.
25. Szyf M, Weaver IC, Champagne FA, Diorio J, Meaney MJ. Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat. Front Neuroendocrinol. 2005;26(3-4):139-162.
26. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. Am J Psychiatry. 2003;160(4):636-645.

Glosario

3

Abulia

Incapacidad absoluta para realizar un acto voluntario.

Se presenta en la depresión, la esquizofrenia (síntomas negativos), los estados normales de fatiga.

Acinesia

Ausencia total de movimientos.

Se presenta en la depresión, la esquizofrenia, los síndromes orgánicos cerebrales, el retraso mental.

Acinestesia

Paciente no detecta movimiento alguno a pesar que puede realizarlos adecuadamente.

Se presenta en las alteraciones de la coordinación de las acciones motoras intencionales.

Actividad emotiva ejecutiva de anticipación

Actividad psíquica resultante de la integración de diversas formas de actividad emotiva con otras de índole cognitiva, resultando en actividad psíquica de anticipación, de orientación o de ambos tipos de actividad. Por ejemplo, caminar, trepar, coger (alimentos, presa), deglutir, aparearse.

Actos impulsivos

Actos que se realizan sin reflexionar, a consecuencia de un imperativo irresistible, sin tener en cuenta sus efectos.

Se presentan en la psicosis, la epilepsia, el trastorno de control de impulsos, el trastorno de personalidad limítrofe.

Actuación

Es el plano de la actividad holocerebral en que los conceptos se procesan en la forma de esquemas que entran en relación directa con la actividad funcional motora corporal, sobre todo en relación con el uso de instrumentos, utensilios y objetos del mundo exterior. Esto significa que el plano de la actuación se puede expresar en un momento dado a través de la integración de los procesos emotivo y ejecutivo de nivel inconciente y los sistemas de la motilidad visceral y somática que inervan los respectivos efectores corporales.

Debemos diferenciarla de la producción, que es el aspecto de actividad de la estructura cognitiva solamente. En cambio, la actuación resultaría más bien de la integración de los aspectos emotivos, productivos y volitivos de la información conciente.

Adjudicación de significados adventicios (paralogismos)

Las palabras y las frases adquieren para el sujeto un significado diferente al normal. Hay una atribución de significados peculiares y propios ajenos a los reales a hechos o situaciones (simbolismo).

Se presenta en la esquizofrenia.

Afasia de comprensión

Se trata de la pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas funciones. Se presenta en el desorden cerebro vascular, neurocisticercosis, tumores, infecciones cerebrales.

Afecto (vivencia afectiva)

Es el aspecto de estructura de la información psíquica afectiva. Es el lado estructural o espacial de la información. Refleja señales sensoriales de entrada respecto al estado metabólico y visceral del cuerpo.

Puede estar determinado por: 1) procesos contingentes de la actividad conciente (afectiva, cognitiva o conativa), 2) señales psíquicas cognitivas inconcientes, 3) señales sensoriales somáticas o viscerales, o 4) alguna forma de expresión emocional en curso.

Agitación

Hiperactividad tanto motriz como psíquica, mayor que en las anteriores, que obliga al empleo de medios de contención.

Se presenta en los maníacos, la esquizofrenia paranoide, esquizofrenia catatónica, depresión agitada, intoxicación aguda por sustancias, epilepsia, delirium, síndromes orgánicos cerebrales, trastornos de ansiedad.

Agnosia digital

Dificultad para nombrar solo los dedos de la mano.

Agnosia visual

Forma específica de agnosia caracterizada por una incapacidad cerebral para reconocer o comprender estímulos visuales. Una persona con agnosia visual puede ver con normalidad, ya que el funcionamiento de su sistema visual es correcto, pero es incapaz de interpretar o reconocer lo que está viendo.

Se presenta en los traumatismos cráneoencefálicos y en los procesos neurodegenerativos (síntoma inicial de demencia cortical posterior.

Agrafaestesia

Incapacidad para reconocer los gráficos en la palma de su mano.

Aleteroecopraxia

Convicción de que los movimientos propios son imitados por otros.

Se presenta en la esquizofrenia.

Alexitimia

Dificultad de describir con palabras los estados afectivos.

Se presenta en trastornos orgánico cerebrales, 'trastornos psicosomáticos'.

Aloamnesia

'Ilusión del recuerdo'. Deformación del recuerdo no intencionada.

Puede ser normal, asociada a cuadros delusivos.

Alotrifagia o Pica

Inclinación a comer sustancias inasimilables (tierra, cenizas, madera, papel, jabón, cera, etc.).

En el retardo mental, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad.

Ambivalencia afectiva

Coexistencia de sentimientos contradictorios con relación a un mismo objeto, contenido vivencial o representación.

Se presenta en la esquizofrenia, otras psicosis, el delirium.

Amnesia

Disminución o ausencia de la capacidad de recordar.

Se presenta en la etiología subcortical.

amnesia semántica

No recuerdan parcial o totalmente lo que habían aprendido adecuadamente.

Anafectividad

Sentimiento desagradable de no poder experimentar emociones ni sentimientos.

Se presenta en la depresión melancólica, el estrés postraumático, los trastornos generalizados del desarrollo.

Análisis por síntesis

Atender es lo mismo que analizar por síntesis.

Anhedonia

Incapacidad para experimentar emociones y sentimientos placenteros.

Se presenta en la depresión, la esquizofrenia.

Anorexia (como síntoma)

Actitud negativa hacia la alimentación.

Se presenta en la resistencia a comer, la anorexia nerviosa (como trastorno), la esquizofrenia.

Anosognosia

El paciente se comporta como si no existiese una parte de su cuerpo o refiere que no existe.

Ansiedad (alerta)

Es la forma en que se organiza la actividad epiconciente, por la información psíquica afectiva en un momento dado. Incluye los estados de alerta, de vigilancia y de mayor receptividad.

La ansiedad que se mantiene sirve para formar una disposición afectiva. La actividad funcional de soporte del sistema de ansiedad depende de las áreas parietales y, además, temporal lateral y parahipocámpica anterior, cuya actividad se integra a través del hipocampo, la amígdala y el sistema de integración subcortical del locus coeruleus.

Asomatognosia

Se refiere a la incapacidad para reconocer el propio cuerpo.

Apatía

Incapacidad total más o menos prolongada para experimentar sentimientos o emociones con conservación de las funciones cognitivas.

Se presenta en la esquizofrenia, síndrome orgánico cerebral y trastorno por estrés postraumático.

Apraxia constructiva

Incapacidad para construir figuras con un orden espacial.

Asociaciones Laxas

Falta de coherencia entre las palabras o frases que conforman el lenguaje. Es la expresión del pensamiento disgregado e incoherente.

Se presenta en la esquizofrenia.

Asomatognosia

Convicción de inexistencia corporal. Certeza de carecer de vida, de que el propio cuerpo y/o alma no tienen realidad.

Se presenta en la depresión psicótica (síndrome de Cotard) y esquizofrenia.

Atención (atención selectiva)

Es la forma cómo se organiza la actividad epiconciente por la información psíquica cognitiva en un momento dado. Corresponde a la atención selectiva, orientación, foveación hacia un objeto (que requiere de un mecanismo de desenganche o conmutación), y selección y seguimiento de un aspecto de la realidad objetiva. La atención que se mantiene sirve para formar una aptitud cognitiva.

La actividad funcional de soporte del sistema de atención visuoespacial (o de atención posterior) depende de las áreas parietales posteriores cuya actividad se integra con el resto de la corteza a través del área cingular posterior, los núcleos talámicos laterales y pulvinar, los tubérculos cuadrigéminos superiores y el sistema de los núcleos del rafe.

Atención visual

Se le pide al paciente que dibuje una circunferencia y se le pide que imagine que "imagine que este círculo es un reloj antiguo, de modo que coloque los números de las horas en su lugar.

Se debe observar si el paciente ubica correctamente los números de las horas en su lugar; debe observarse si ubica correctamente los números del 1 al 12 de derecha a izquierda del círculo; anote los errores, si tales fallas han ocurrido en uno o ambos ojos.

Autotopoagnosia

Dificultad para nombrar partes de su cuerpo.

Bloqueo/obstrucción del pensamiento

Interrupción súbita del curso del pensar sin alteración de la conciencia. Corte del discurso, 'se pierde el hilo'. Reinicio del discurso con otro tema.

Se presenta en la esquizofrenia.

Bradicinesia

Lentitud en los movimientos.

Se presenta en la depresión, esquizofrenia, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Bradifasia

Lenguaje lentificado.

Se presenta en la depresión.

Bulimia (como síntoma)

Aumento desordenado e insaciable del hambre.

Se presenta en los estados de agitación, la bulimia nerviosa (como trastorno), la psicosis, el retardo mental, los tumores hipofisiarios.

Cataplexia al despertar

Falta de dominio de la actividad voluntaria durante la vigilia.

Se presenta en la narcolepsia.

Cognición

Es el aspecto de estructura de la información psíquica cognitiva. Es el lado estructural o espacial de la información.

Refleja señales sensoriales de entrada respecto del entorno inmediato o de la realidad no accesible a la sensación actual.

Componente afectivo emotivo

Es el sistema psíquico nuclear del temperamento.

Componente de la conciencia que almacena y procesa información psíquica conciente de tipo afectivo y cuyo sistema de memoria es el neocórtex temporal anteromedial y frontal orbitario (= paralímbico) que codifica información psíquica conciente (sentimientos).

Es el sistema que contiene y procesa la información psíquica conciente constituida por los sentimientos y cuyo desarrollo formativo ocurre en la infancia.

Las entradas de este sistema son las vías del sistema nervioso visceral sensitivo (interoceptiva visceral, exteroceptiva afectiva táctil; olfato, gusto.

Las salidas de este sistema son las vías del sistema nervioso visceral motor (simpático y parasimpático, que a su vez inervan el componente visceral del cuerpo, en gran medida a través del sistema endocrino e inmunológico.

Componente cognitivo productivo

Es el sistema psíquico nuclear del intelecto.

Componente de la conciencia que almacena y procesa información psíquica conciente de tipo cognitivo y cuyo sistema de memoria es el neocórtex parietotemporooccipital, que codifica información psíquica conciente (conocimientos).

Es el sistema que contiene y procesa la información psíquica conciente constituida por los conocimientos y cuyo desarrollo formativo ocurre en la niñez.

Las entradas de este sistema son las vías del sistema nervioso visceral somático (interoceptiva somática, exteroceptiva cognitiva táctil; visión, audición.

Las salidas de este sistema son las vías del sistema nervioso somático motor somático, que a su vez inerva el componente somático del cuerpo.

Componente conativo productivo

Es el sistema psíquico nuclear del carácter.

Componente de la conciencia que almacena y procesa información psíquica conciente de tipo conativo y cuyo sistema de memoria es el neocórtex prefrontal dorsolateral, que codifica información psíquica conciente (motivaciones).

Es el sistema que contiene y procesa la información psíquica conciente constituida por las motivaciones y cuyo desarrollo formativo ocurre en la adolescencia.

Las entradas de este sistema son los motivos; las salidas de este sistema son las reglas de decisión. O sea, que las entradas y salidas, respectivamente, son el aspecto estructural o representacional y el aspecto de actividad o procesal de la misma información psíquica que refleja la información respecto de las necesidades sociales.

Comportamiento

Es la forma de actividad personal que se organiza a base de la actividad emotiva.

Sus unidades son las emociones conformadas por ensambles de gestos especialmente faciales y viscerales de todo el cuerpo.

Compulsión (acto compulsivo)

Acto guiado por una idea obsesiva, a la cual se ofrece resistencia pero termina imponiéndose a la voluntad del sujeto.

Se presenta en trastorno obsesivo compulsivo.

Conación

Es el aspecto de estructura de la información psíquica conativa. Es el lado estructural o espacial de la información. Constituido por:

1. Motivos. Información psíquica conativa acerca de lo que cada uno debe hacer o poseer. Refleja necesidades sociales personalizadas y orienta la actividad personal para satisfacerlas, poder vivir o sobrevivir.
2. Valores. Estructura de motivos que ha llegado a adquirir un estado con base en el cual una personalidad puede tomar sus decisiones y, así, organizar sus estrategias de actuación productiva y creativa a fin de lograr sus fines y objetivos personales (de grupo o de clase) dentro de la sociedad.

Concentración mental

El sujeto se concentra en una tarea y trata de excluir otros estímulos que pueden interferir con su desempeño.

Conciencia

Es todo el conjunto de la información social codificada en la memoria neocortical, a parti.r de la actividad psíquica inconciente del individuo humano y a base de la información social que se trascribe en la forma de información psíquica conciente en dicho neocórtex.

Es la estructura neocortical que se forma a partir de la actividad inconciente y sobre la base de la información social que organiza la sociedad.

Se presenta en sus componentes cognitivo productivo y conativo volitivo, que codifican y procesan la clase de información psíquica de base social, que son los sentimientos, conocimientos y motivaciones, respectivamente.

Conciencia de trasformación de la personalidad

Sentimiento de cambio en la personalidad o en el modo de ser.

Se presenta en normal en la adolescencia, evolución de trastorno de ansiedad, esquizofrenia.

Conducta

Es la forma de actividad corporal (del individuo total) organizada por la información volitiva predominante.

Se presenta en las unidades de la conducta vienen a ser los actos que se expresan en la postura objetiva que adopta la personalidad ante los demás; actos que pueden ser juzgados desde un punto de vista moral.

Confabulación

Evocación de hechos no ocurridos que cubren etapas de amnesia, sin conciencia de la falsedad de los mismos.

Se presenta en el síndrome de Korsakov, demencia.

Conocimiento

Los conocimientos son formas de cognición más elaborada que las sensaciones cognitivas, y estructuran los estados de atención, las aptitudes cognitivas y el intelecto. Se expresan en la forma de producciones y en el desempeño. Ejemplo: imagen corporal, distancia entre cosas, mapa de ciudad; concepto del cuerpo, secuencia de acontecimientos, explicación del universo.

Puede ser experimentado subjetivamente como una cognición en sí (o sea como la representación espacial de la estructura del objeto, rostro, color, melodía, palabra, frase).

Se presenta en clase de información psíquica cognitiva conciente constituida por un conjunto de representaciones de sucesos espaciotemporales que subyacen al aspecto aparente no solo del objeto inmediato sino de la realidad o de los objetos que no son accesibles a la sensación cognitiva actual (información social cultural). Un conocimiento es el aspecto de estructura de la información cognitiva.

Contacto visual ausente

Paciente no dirige la mirada a su interlocutor.

Se presenta en desconfianza patológica, "esté alucinando", tenga hemiatención o simule ceguera.

Criptolalia

Lenguaje particular y privado, que puede ser completamente ininteligible.

Se presenta en la esquizofrenia.

Delirium

Se caracteriza por un deterioro de la conciencia y la atención, con desorientación parcial o total, trastorno del ciclo sueño-vigilia, actividad psicomotora aumentada, pensamiento incoherente y confuso, con ilusiones y alucinaciones, especialmente visuales, que duran horas o días, con amnesia parcial o total. Su etiología es orgánica aguda: intoxicaciones por drogas y abstinencia de estas, estados febriles, encefalopatías metabólicas e infecciosas y en las llamadas 'psicosis sintomáticas'.

También se presenta en etiología secundaria a medicamentos, otros estados metabólicos o neurovasculares.

Desempeño

Es la forma de actividad personal organizada a base de la información productiva que predomina en algún otro momento de la actividad personal.

Se presenta en las unidades correspondientes son las acciones que se expresan en un ensamble de operaciones musculares principalmente somáticas.

Despersonalización

Sentimiento de extrañeza, de vacancia, de sentirse alejado de uno mismo

Se presenta en pánico, disociaciones, esquizofrenia, depresión.

Disestesia

El paciente siente como hormigueos u ardor en la piel. Se presenta en siringomelia.

Ecolalia

Repetición automática de palabras o frases que escucha el sujeto, sean o no dirigidas a él. Imitación de lo que escucha.

Se presenta en esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Ecomimia

Imitación de gestos y ademanes.

Se presenta en la esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Ecopraxia

Imitación de actos observados.

Se presenta en la esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Embotamiento afectivo

Reducción de la capacidad de experimentar emociones y sentimientos.

Se presenta en la esquizofrenia.

Emoción (expresión de la vivencia afectiva, expresión emocional, actividad afectivo-emotiva personal)

Es el aspecto de actividad o aspecto temporal de la información psíquica afectiva del individuo humano; ocurre como expresión de una sensación afectiva o de un sentimiento, reflejándose en las señales motoras de salida.

Es la expresión de la actividad de una información afectiva por medio de la actividad funcional gestual, funcional visceral y metabólica que son características del temperamento de una persona.

Puede estar determinada por: 1) solo información psíquica afectiva inconciente; 2) información psíquica afectiva conciente a través de información psíquica afectiva inconciente, y 3) como reacción a procesos locales que se integran en la médula, tronco o núcleos subcorticales conectados al sistema afectivo emotivo.

Es la unidad subjetiva de nivel psíquico de la forma de actividad personal llamada comportamiento. Es actividad personal (porque es del individuo) y es una forma de organización que depende de información afectiva (sea esta inconciente o conciente).

Epiconciencia o epiconciente

Es la estructura psíquica que organiza la actividad personal mientras está despierta (y en algunas fases del sueño), que resulta de la activación e integración de la información psíquica conciente, preconciente e inconciente, por medio de las redes funcionales y metabólicas del sistema nervioso y así se expresan en la actividad corporal.

Comprende los cuatro planos de la actividad psíquica personal: percepción, imaginación, pensamiento y actuación.

Estereotipias

Iteración inmotivada, cuyo contenido carece de nexo con la realidad del sujeto y es extraña a su libre iniciativa. Generalmente, inconcientes. Se aproximan a las acciones habituales. Pueden ser de movimiento, de posición, de lugar, gráficas y verbales (verbigeración).

Se presenta en la esquizofrenia catatónica, retraso mental, síndrome orgánico cerebral.

Estupor catatónico

Inmovilidad activa de instalación variable Generalmente, resistencia y negativismo. Aumento del tono muscular. Pseudoflexibilitis cérea.

Se presenta en la esquizofrenia catatónica.

Estupor emocional

Pérdida momentánea de la capacidad de experimentar acontecimientos en realidad impresionantes.

Semeja una elevación del umbral de excitabilidad.

Se presenta en estrés agudo, trastornos disociativos, trastornos de personalidad histriónica.

Estupor maníaco

Inmovilidad consecutiva a una fase de agitación.

Se presenta en manía.

Estupor melancólico

Inmovilidad activa de instalación variable.

Generalmente resistencia y negativismo.

Aumento del tono muscular. Pseudoflexibilitis cérea.

Se presenta en depresión melancólico, síndrome de Cotard.

Estupor orgánico

Apagamiento de toda actividad psíquica. Alteración cuantitativa del nivel de conciencia.

Se presenta en tumores cerebrales, encefalitis.

Estupor psicógeno

Inmovilidad pasiva de instalación brusca como reacción inmediata.

Sin resistencia ni negativismo. Ojos cerrados.

Tono muscular normal o ligera hipotonía.

Se presenta en estados disociativos, estrés agudo, reacciones ante objetos fóbicos.

Exaltación

Aumento de actividad motora más humor expansivo (euforia).

Se presenta en maníacos, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia catatónica, depresión agitada, intoxicación aguda por sustancias, epilepsia, delirium. síndrome orgánico cerebral, trastornos de ansiedad.

Excitabilidad afectiva anormal

Expresión de emociones y sentimientos en forma desproporcionada en relación al motivo o aun sin este.

Se presenta en ansiedad, pánico, depresión/irritabilidad, disforia, euforia, manía.

Expectación (esfuerzo conciente) de concentrarse

Es la forma en que se organiza la actividad epiconciente por la información psíquica conativa en un momento dado sobre la base de la estructura de motivos y valores del sistema conativo. Corresponde al estado de esfuerzo conciente y de detección del estímulo, incluyendo a la ansiedad y a la atención.

Se presenta en la expectación que se mantiene y sirve para formar una actitud.

La actividad funcional de soporte del sistema de expectación ocurre en las redes del área frontal lateral cuya actividad se integra con otras áreas neocorticales a través del área cingular anterior, núcleo dorsomedio del tálamo, sistema estriado y sistema del núcleo tegmental ventral.

La expectación es espera curiosa o tensa de un acontecimiento que interesa o importa. El concepto incluye pues tres aspectos esenciales a toda actividad motivada de una persona: la curiosidad, el interés y el valor de las cosas.

Éxtasis

Desdiferenciación de la estructura del yo individual. Sentimiento de expansión trascendental o de estar al unísono con el todo o confundido con la entidad de dios.

Se presenta en experiencia místicas, intoxicaciones por drogas, esquizofrenia.

Frialdad afectiva

Incapacidad para experimentar sentimientos hacia los demás pero no hacia sí mismo.

Se presenta en trastorno de la personalidad disocial, narcisista y esquizoide, toxicomanías.

Furor

Grado extremo de agitación con tendencias destructivas y agresivas.

Se presenta en maníacos, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia catatónica, depresión agitada, intoxicación aguda por sustancias, epilepsia, delirium, síndrome orgánico cerebral, trastornos de ansiedad.

Heautoscopia

Imagina su cuerpo fuera de el.

Hiperbulia

Disposición exagerada a la acción que lleva a una gran iniciativa motora

Se presenta en manía, intoxicación con estimulantes.

Hipercinesia

Aumento de la actividad motora voluntaria.

Se presenta en trastorno de hiperactividad, estados maníacos, estados de ansiedad.

Hiperestesia

El paciente siente el estímulo táctil de modo más intenso.

Hipermnesia

Aumento de la capacidad recordatoria.

Se presenta en estados crepusculares, intoxicación por estimulantes, trances de muerte inminente.

Hipersomnia

Aumento del tiempo diario del sueño en forma continua o por periodos.

Se presenta en depresión atípica, síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, intoxicación con alcohol y benzodiacepinas, tumores cerebrales, encefalitis, hipotiroidismo.

Hipobulia

Disminución de la capacidad resolutiva o de la iniciativa motora.

Se presenta en depresión, esquizofrenia (síntomas negativos), estados normales de fatiga.

Hipocinesia

Pobreza de movimientos.

Se presenta en depresión, esquizofrenia, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Hipoestesia-anestesia

El paciente no detecta el estímulo táctil cuando se le es aplicado sucesivamente.

Se presenta en el atrapamiento de un nervio.

Hipomnesia

Disminución o ausencia de la capacidad de recordar.

Se presenta en etiología subcortical.

Hiporexia

Disminución o pérdida del hambre o del apetito.

Se presenta en depresión mayor, estados estuporosos.

Humor ansioso

Ansiedad anormal, sentimientos desagradables: aprehensión, inseguridad, preocupación, intranquilidad, inquietud, culpa, amenaza existencial.

Se presenta en trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastornos fóbicos, trastorno por estrés postraumático, trastornos adaptativos, trastorno de personalidad del cluster C.

Humor depresivo

Tristeza anormal, sentimientos desagradables: desesperanza, minusvalía, culpa, nostalgia, desamparo, pesimismo, vergüenza, sentimiento de anafectividad, anhedonia, ideas de muerte y de suicidio.

Se presenta en episodio depresivo mayor, distimia, depresión reactiva, depresión postesquizofrénica, estados depresivos orgánicos.

Humor disfórico

Irritabilidad anormal, sentimientos desagradables: cólera, hostilidad, venganza, suspicacia, pesimismo.

Se presenta en estados maníacos, estados depresivos (distimia), disforia premenstrual, trastorno de personalidad impulsiva, *borderline* y disocial.

Humor maniaco

Alegría anormal, sentimientos agradables: felicidad, júbilo, euforia, superioridad, autoconfianza, triunfo, vanidad, orgullo, rebeldía y desafío.

Se presenta en fase maníaca del trastorno bipolar, fase maníaca del trastorno esquizoafectivo, intoxicaciones con estimulantes.

Humor paranoide

Desconfianza anormal, sentimientos desagradables: suspicacia, intranquilidad, preocupación, dudas, odio, celos, superioridad, agresividad verbal.

Se presenta en trastorno paranoide de la personalidad, esquizofrenia paranoide, demencia, intoxicación con anfetamínicos.

Ideas delirantes primarias (delusiones)

Idea falsa, no derivada de otras manifestaciones psicopatológicas, convicción total acerca del tema delirante, irrebatible a toda argumentación lógica.

No condicionada por aspectos culturales o creencias colectivas.

Se presentan en esquizofrenia, trastornos delusivos persistentes.

Ideas delirantes secundarias (ideas delusivas)

Ideas o juicios falsos secundarios a otros estados psicopatológicos.

Se presentan en depresión, manía, psicosis aguda, psicosis tóxica.

Ideas fóbicas

Temor irracional hacia algún objeto o situación que no es en sí mismo peligroso, pero que mueve la conducta del sujeto pese a que aquel reconoce la falta de sustentación lógica.

Se presentan en trastornos fóbicos, depresiones.

Ideas obsesivas

Ideas o imágenes mentales que aparecen en el pensamiento y se imponen en contra de la voluntad del sujeto. Son interpretadas como erróneas y absurdas por el sujeto quien lucha contra ellas sin éxito, generándole ansiedad.

Se presentan en trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, depresión recurrente, síndrome orgánico cerebral.

Ideas sobrevaloradas

Idea que refleja un hecho real o no pero al que se le da una significación exagerada y se convierte en punto central de su actividad. Predomina el aspecto afectivo del convencimiento sobre el racional. Son egosintónicas. Pueden ser reconocidas como exageradas.

Se presentan en fanáticos, trastornos de personalidad paranoide, 'hipocondriacos'.

Imaginación

Plano de la actividad holocerebral en que se procesan las imágenes que resultan de la activación e integración de los aspectos estructurales de las diversas clases de información codificadas en el plano subconciente del hemisferio derecho.

A diferencia de la percepción, la imaginación solo reconstruye la imagen conciente de la realidad desde la memoria.

Impulsos insensatos

Aparecen en forma brusca, aparentemente sin motivación y sin sentido (gritar, correr, agredir).

Se presenta en psicosis, epilepsia.

Impulsos reactivos situacionales

Relacionados a situaciones específicas, generalmente de contenido agresivo.

Se presentan en trastorno de personalidad limítrofe, psicopático, histriónico.

Impulsos sistemáticos (manías)

Son actos egosintónicos, cleptomanía, dromomanía, poriomanía, piromanía, impulso homicida.

Se presentan en trastorno de control de impulsos, trastorno de personalidad limítrofe.

Inatención visual

Cuando el paciente no ha dibujado los elementos de un lado de las figuras.

Se presenta en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Incongruencia ideoafectiva (paratimia)

Las emociones expresadas por el sujeto no se ajustan en forma adecuada al contenido de su vivencia.

Se presenta en esquizofrenia.

Inconciencia o inconciente

Es el conjunto de la información psíquica codificada en el paleocórtex cerebral de los individuos humanos, en el mismo nivel de los primates, cuya estructuración termina a pocos minutos o días después del nacimiento.

La inconciencia será reestructurada cinéticamente por la actividad conciente de la personalidad, durante las etapas formativas.

Incontinencia afectiva

Falta de control sobre las emociones las cuales surgen de modo exageradamente rápido alcanzando intensidad excesiva sin poder ser dominadas.

Se presenta en trastorno orgánico cerebral, personalidades histriónicas, trastorno por estrés agudo.

Indiferenciación derecha izquierda

Dificultad para diferenciar que lado es derecho y cual es el izquierdo.

Información

Es la estructura material dentro de un sistema material que refleja la actividad interna del sistema y la estructura de lo externo al sistema, y que tiene una actividad que determina la organización del sistema total (sea un individuo o una sociedad).

Información psíquica

Es la estructura cortical del cerebro que refleja en sentido epigenético ciertas necesidades de un sistema individual (que son procesos celulares metabólicos y funcionales que suceden dentro del sistema individual humano o animal) cuya base externa de desarrollo está fuera del sistema, y cuya actividad es la base interna de desarrollo que reorganiza cinéticamente la actividad intraindividual (los procesos funcionales, metabólicos y celulares aludidos) a los que de este modo transforma en soporte activo del sistema en su totalidad.

Información psíquica afectiva conciente

El neocórtex afectivo refleja sociocinéticamente las formas de interrelación características de la sociedad humana (reflejo tal que constituyen los sentimientos) cuya base externa de desarrollo son otros individuos sociales, y cuya actividad es la base interna de desarrollo que reorganiza cinéticamente a la actividad visceral intraindividual (que queda transformada en soporte activo para que el individuo oriente su actividad hacia su expresión mediante los gestos de su comportamiento.

Información psíquica afectiva inconciente

Es el paleocórtex paralímbico que refleja epigenéticamente ciertas necesidades internas de un sistema individual (reflejo tal que constituye las sensaciones afectivas) cuya base externa de desarrollo son otros seres vivos del entorno inmediato con los que el individuo comparte dichas necesidades y cuya actividad es la base interna de desarrollo que cinéticamente reorganiza la actividad visceral intraindividual (que queda transformada en soporte activo) hacia la obtención de los elementos que necesita.

Información psíquica cognitiva conciente

Es la estructura neocortical que refleja sociocinéticamente los sucesos espaciotemporales que subyacen al aspecto aparente no solo del entorno inmediato sino de la realidad o los objetos que no son accesibles a la sensación actual (reflejo tal que constituye los conocimientos) cuya base externa de desarrollo es el ambiente exterior a él, y cuya actividad es la base interna de desarrollo que reorganiza cinéticamente a la actividad somática extraindividual (que queda transformada en soporte activo para que el individuo oriente su actividad hacia las acciones durante su desempeño para producir, construir, crear).

Información psíquica cognitiva inconciente

Es la paleocorteza heterotípica que refleja epigenéticamente ciertas cualidades superficiales y objetivas del entorno u objeto actual (reflejo tal

que constituye las sensaciones cognitivas) cuya base externa de desarrollo es el ambiente actual y cuya actividad es la base interna de desarrollo que reorganiza cinéticamente a la actividad somática extraindividual (que queda transformada en soporte activo) para que el individuo oriente su actividad hacia la ejecución de operaciones de desplazamiento hacia el objeto y de manipulación del mismo.

Información psíquica conativa

Estructura neocortical que refleja sociocinéticamente las necesidades sociales, reflejo tal que constituye las motivaciones –motivos, valores–, cuya base externa de desarrollo son los productos del trabajo humano que se ofertan a las personas, y cuya actividad es la base interna de desarrollo que organiza a toda la actividad personal (que queda transformada en soporte activo para que el individuo oriente su actividad para conseguir o lograr aquello que se necesita, por ejemplo, producir el objeto o adquirirlo de algún modo).

Información social

Es la estructura material dentro de un sistema material llamado sociedad que refleja la actividad interna de dicho sistema, y la estructura de lo externo al sistema (o sea el ambiente o universo), y que tiene una actividad que determina la organización del sistema total.

Inquietud motora

Aumento de actividad motora y humor ansioso.

Se presenta en los maníacos, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia catatónica, depresión agitada, intoxicación aguda por sustancias, epilepsia, delirium, síndrome orgánico cerebral, trastornos de ansiedad.

Insomnio

Disminución de la duración del sueño, dificultad para conciliarlo, sueño entrecortado o despertar temprano, insomnio inicial, insomnio terminal, insomnio total.

Se presenta en estados maníacos, estados de ansiedad, esquizofrenia, depresión mayor, demencias, brotes agudos de psicosis, manía.

Inversión de afectos

Sentimientos opuestos a los que anteriormente manifestaba el paciente hacia personas u objetos.

Se presenta en esquizofrenia, personalidad limítrofe.

Juicio

Es la valoración que tiene el paciente acerca de la conducta o actuación moral que tiene de otra persona.

Labilidad afectiva

Rápidos cambios en el humor con poca duración de las emociones.

Se presenta en síndrome orgánico cerebral, trastorno bipolar mixto, personalidades histriónicas y limítrofe, retraso mental.

Lengua

Es el sistema de signos y reglas de tipo lingüístico característicos o propios de un determinado pueblo o nación.

La lengua existe entre las personas, o entre una persona y un conjunto de ellas, inclusive entre un aparato mecánico o electrónico que ha grabado la voz de una persona, y lo que es más usual, entre un escrito y el ocasional lector. Las relaciones entre el paciente y el profesional de salud, entre el discípulo y el educador, son casos de estructura social mínima conformada por dos personas.

Lenguaje

Es todo el conjunto de signos y reglas de tipo lingüístico creados por toda la humanidad, El lenguaje se puede explicar como: 1) un sistema de signos lingüísticos, y 2) un sistema de comunicación social.

El lenguaje, como sistema de signos, se explica en términos de sus niveles o estratos: fonético/fonémico, morfológico, sintáctico y semántico, con sus respectivas reglas de composición: fonémicas para el uso de fonemas, morfológicas para la formación de las palabras, sintácticas para la formación de oraciones, y semánticas para las relaciones de significación, desde el puno de vista de la comunicación, el lenguaje media entre un emisor y un receptor.

Logoclonia

Reiteración de la última sílaba de las palabras, repeticiones inmotivadas del lenguaje.

Se presenta en demencias, parkinson y síndrome orgánico cerebral.

Motivaciones

Clase de información psíquica conativa constituida por un conjunto de representaciones de necesidades sociales (información social económica) formando una estructura de motivos, valores y reglas de decisión volitiva. Una motivación es el aspecto de estructura de la información conativa.

Las motivaciones son modelos prototípicos de la personalidad que integran sentimientos y conocimientos y estructuran los estados de expectación, las actitudes y el carácter, y se expresan en la forma de decisiones volitivas y en la conducta.

Por ejemplo, comisiones, intereses, prejuicios, ideales, intenciones.

Cuando una información social económica se convierte en necesidad social y se internaliza en cierto grado, se llama motivo (necesidad social personalizada que orienta la actividad personal hacia la satisfacción de la misma). Cuando los motivos se estructuran hasta llegar a un estado en base al cual una personalidad puede tomar sus decisiones y organizar sus estrategias de actuación productiva y creativa a fin de lograr sus fines y objetivos personales (de grupo o de clase) dentro de la sociedad, esa estructura se llama valor.

Valor es aquello que hace que la personalidad tome sus decisiones. Los motivos son al mismo tiempo los valores. Si la motivación se basa en una aspiración moral universal pasa a ser un valor personal.

Musitación

Cuchicheo de palabras en voz baja sin intención de comunicarse con otras personas.

Se presenta en demencias, esquizofrenia.

Mutismo

Ausencia voluntaria del lenguaje.

Se presenta en depresión severa, esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral, estupor psicógeno (histeria).

Narcolepsia

Crisis súbitas de sueño sin causa aparente.

Negativismo

Pasivo: oposición a cumplir un acto.

Activo: ejecución del acto contrario.

En esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Neologismos

Palabras nuevas inventadas por el sujeto.

Se presentan en esquizofrenia.

No solución de problemas concretos

La incapacidad para resolver problemas concretos, debe plantearse si estas son secundarias al problema del habla, apatía o falta de colaboración.

Obediencia automática

Realización pasiva e inmediata de órdenes.

Se presenta en esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Orientación

Reflejo de orientación o activación): estar listo para tratar cualquier cosa que suceda en seguida.

Orientación visuoespacial

Es normal si el paciente puede detectar estimulos presentados en forma simultanea en ambos lados del campo visual binocular.

Para el examen, el paciente coloca los índices extendidos uno en el campo visual derecho y el otro en el campo visual izquierdo, y se pide al enfermo que apunte rápidamente al dedo que se mueve. Unas veces se flexiona súbitamente ambos dedos al mismo tiempo, otras veces uno u otro separadamente. Se alternan al azar ambas maniobras y se prestan atención a ambas respuestas.

Palialia

Repetición múltiple de la misma palabra o frase.

Se presenta en síndrome orgánico cerebral, esquizofrenia catatónica.

Palilalia

Repeticiones inmotivadas del lenguaje.

Se presenta en síndrome orgánico cerebral.

Paralenguaje

El paciente establece un diálogo en base a pararrespuestas.

Se presenta en esquizofrenia.

Paramnesia

'Alucinación del recuerdo'.

Recuerdo de hechos que no han ocurrido: paramnesia fantástica, falsos reconocimientos, desconocimiento de lo conocido.

Se presenta en cuadros delusivos.

Pararrespuestas

Respuestas no apropiadas a las preguntas formuladas.

Se presentan en esquizofrenia, síndrome de Ganser.

Parasíntaxis (paragramatismos)

Uso de frases incompletas, asociaciones laxas, palabras entrecortadas, monosílabos, alteración del orden de las palabras, que lleva a un lenguaje incoherente.

Se presenta en esquizofrenia, psicosis orgánica.

Pavor nocturno

Crisis durante el sueño, con manifestaciones de espanto, sin llegar a despertar y sin recuerdo.

Se presenta en trastornos de ansiedad.

Pensamiento

Es la actividad holocerebral en que se procesan los conceptos que resultan de la integración de los aspectos de actividad de las diversas clases de información codificadas en el plano subconciente, esta vez en el hemisferio izquierdo.

Pensamiento acelerado fuga de ideas

Aceleración del ritmo asociativo y expresivo, predomina la fácil asociación de ideas, desviación del curso con estímulos externos, falta de finalidad completiva (sentido global).

Se presenta en manía, intoxicación por estimulantes.

Pensamiento delusional

Predominancia del contenido de las ideas delirantes.

Se presenta en esquizofrenia, trastornos delirantes.

Pensamiento demencial

Pensamiento improductivo, déficit adquirido y desigual en la formación de conceptos y abstracciones.

Se presenta en demencias.

Pensamiento disgregado

Pérdida de idea directriz, ruptura de las asociaciones normales (laxitud de las asociaciones), falla de la sintaxis. Comprensibilidad parcial. Se entienden frases pero no el discurso.

Se presenta en esquizofrenia.

Pensamiento embrollado

Curso tortuoso y sin ilación. Infructuosa aprehensión del contenido de la conciencia y nulidad en los resultados.

En síndrome orgánico cerebral agudo y crónico, esquizofrenia residual.

pensamiento esquizofrénico

Ambivalencia, adjudicación de significados adventicios, pensamiento precategorial, enajenación del pensamiento, amaneramiento y extravagancia.

Se presenta en esquizofrenia.

Pensamiento fantástico

Exageración de la actividad imaginativa normal pero sin el contrapeso de la actitud realista. ('castillos en el aire', 'sueños diurnos'). Predominan ideas sobrevaloradas. Puede llegar a la mitomanía y a la pseudología fantástica.

Frecuente en niños y adolescentes, en trastornos de personalidad histriónica y narcisista.

Pensamiento incoherente

Característico de la disgregación más incomprensibilidad total del discurso.

El grado máximo es la 'ensalada de palabras'.

Se presenta en esquizofrenia, psicosis tóxica.

Pensamiento inhibido-lentificado

Lentitud en la concepción y en la expresión, dificultad en la elaboración intelectual, falta o retardo de las asociaciones, indecisión y mengua de la voluntad.

Se presenta en depresiones, 'melancolía' trastornos de conciencia cualicuantitativos.

Pensamiento oligofrénico

Estructura rudimentaria, Déficit congénito y homogéneo, pobreza en contenido, Conceptos escasos, concretos y limitados a la relativa experiencia del individuo, déficit en la abstracción.

Se presenta en retraso mental.

Pensamiento perseverante

Asociación de escasez ideativa y repetición monótona de la misma idea o pensamiento. Incapacidad para pasar de un tema a otro.

Se presenta en epilepsias, síndrome orgánico cerebral, trastorno obsesivo compulsivo, depresiones.

Pensamiento prolijo

Mengua de la capacidad de síntesis. Mezcla lo esencial y lo superfluo abundando en detalles innecesarios antes de llegar a su meta.

Se presenta en epilepsias, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Pensamiento tangencial

Ausencia o pérdida de finalidad del discurso, extraviándose este por ramas colaterales, sin estar acelerado. Predominan las palabras sobre los contenidos.

Se presenta en síndrome orgánico cerebral, demencias, retraso mental.

Percepción

Es el plano de la actividad holocerebral en el que se procesan las imágenes perceptuales o perceptos, que se generan a partir de las sensaciones afectivas y cognitivas –que reflejan la realidad actual del individuo– y de los aspectos estructurales de la información psíquica conciente codificada previamente en los sistemas de memoria neocortical del hemisferio derecho.

Perseveración

Repetición conciente de un acto psíquico o motor más allá de haber logrado su objetivo.

Se presenta en trastornos obsesivos, síndrome orgánico cerebral, epilepsia.

Personalidad

Es cada individuo social una vez que ha sido estructurado epigenéticamente a partir de la información genética de sus células y reestructurado sociocinéticamente a base de la información psíquica conciente –afectiva, cognitiva y conativa–, de cuya actividad depende su reestructuración en tres componentes: temperamento, intelecto y carácter.

No es que cada individuo humano tenga una personalidad de cierto tipo, sino que él mismo, en su desarrollo formativo, se transforma en una personalidad.

Pesadilla

Ensueño desagradable acompañado de manifestaciones motoras con recuerdo de lo ocurrido.

Se presenta en cansancio fisiológico y trastornos del sueño.

Pica o alotrifagia

Inclinación a comer sustancias inasimilables (tierra, cenizas, madera, papel, jabón, cera, etc.)

Se presenta en retardo mental, esquizofrenia, trastornos de personalidad.

Preconciencia

Conjunto de estructuras neocorticales de transición, que median entre la inconciencia y la conciencia, que constituyen el sistema de codificación psíquica del habla, la lectura, el cálculo y otros similares.

Pseudología fantástica

Narraciones falsas, intencionadas que se confunden con los verdaderos recuerdos.

Se presenta en normal en los niños, trastornos de personalidad.

Reacción de ultimo momento

Realización del acto solicitado cuando el interlocutor ha desistido de pedirlo.

Se presenta en esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Retención y aprendizaje visual

Se muestra al enfermo el dibujo de un cubo y se le pide que "por favor copie la figura". Luego se le pide que "observe la figura para que dibuje una igual", y luego de unos 10 segundos se retira para que lo dibuje de memoria. La rentención de largo plazo se evalúa pidiéndole que dibuje nuevamente la figura después de retirarla por unos minutos.

Debe evaluarse si se ha dibujado todas las lineas de ambos lados y si ha reproducido la perspectiva de la figura tridimensional.

Rigidez afectiva

Pérdida de la capacidad de modulación afectiva quedando fijados los sentimientos y las emociones con independencia del entorno.

Se presenta en demencias, síndrome orgánico cerebral, manía, depresión.

Síndrome catatónico (síntomas)

- Negativismo.
  Pasivo: oposición a cumplir un acto.
  Activo: ejecución del acto contrario.
- Reacción de último momento. Realización del acto solicitado cuando el interlocutor ha desistido de pedirlo.
- Obediencia automática. Realización pasiva e inmediata de órdenes.
- Reacciones en eco.
- Ecopraxia: imitación de actos observados.
- Ecolalia: imitación de lo que escucha.
- Ecomimia: imitación de gestos y ademanes.

Se presenta en esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral, retraso mental.

Seguimiento

Ante un set de señales, el observador busca o persigue a uno entre ellos, o a una sola señal.

Sensación afectiva

Conjunto de información psíquica afectiva inconciente (paleocortical) constituido por formas de afecto o representaciones psíquicas que reflejan directamente señales neurales que provienen del interior del individuo. Es una forma de afecto menos elaborada que los sentimientos. Por ejemplo, dolor, sabor.

Sensación cognitiva

Conjunto de información psíquica cognitiva inconciente (paleocortical) constituido por formas de cognición o representaciones psíquicas que reflejan directamente señales neurales provienen del exterior del individuo respecto de las cualidades superficiales y objetivas del objeto actual. Por ejemplo, visión, audición.

Sentimiento

Clase de información psíquica afectiva conciente, constituida por formas de afecto o representaciones psíquicas que reflejan formas de relación interpersonal características de la sociedad humana (información social tradicional). Un sentimiento es el aspecto de estructura de la información afectiva.

Los sentimientos son formas de afecto más elaboradas que las sensaciones afectivas, y determinan 1) la estructuración de la actividad conciente en forma de disposiciones afectivas, 2) la organización de la actividad epiconciente en la forma de ansiedad, 3) la formación del temperamento social y 4) el comportamiento dentro de la actuación efectiva de la personalidad. Por ejemplo, placer, ternura, serenidad.

Set

Es estar preparado para responder de un cierto modo, sea cognitivamente o por una respuesta motora.

Sociedad

Es el sistema supraindividual que se organizó a partir de la actividad psíquica inconciente de los humanos y se reestructura a base de las diversas clases de información social –tradicional, cultural y económica– que reflejan al universo. Por tanto, la sociedad es esencialmente distinta de los sistemas multiindividuales que forman los animales.

Soliloquios

Lenguaje autista, sin intención de comunicarse con personas reales.

Se presenta en esquizofrenia, alucinosis orgánica.

Somniloquia

Expresiones verbales durante el sueño.

Se presenta en parasomnias.

Sonambulismo

Actividad motriz, compleja y coordinada durante el sueño sin recuerdo de lo ocurrido.

Se presenta en parasomnias.

Supratonal, componente del sistema del habla

Es la memoria neocortical de transición que codifica los tonos segmentales y suprasegmentales que a su vez codifican los aspectos afectivos de la información social y psíquica que la refleja. De él depende que, en el procesamiento perceptual, el oyente encodifique la secuencia de tonos que constituyen las palabras y oraciones que escucha, y que así intuya que estas expresan el humor, las emociones de su interlocutor; y que en la actuación las palabras y oraciones tengan la entonación con que el hablante expresa su humor y su estado emocional actual.

Es parte del sistema afectivo-emotivo. El soporte funcional del componente tonal-supratonal del sistema del habla es la red neocortical de transición que comprende el área de Wernicke y el área premotora del hemisferio derecho.

Supraverbal, componente del sistema del habla

Es la memoria neocortical de transición codifica los morfemas de contenido (que forman parte de los sustantivos, verbos, adjetivos) y los morfemas relacionales que codifican los aspectos cognitivos de la información social y psíquica que la refleja. De este sistema depende que durante la percepción, el oyente encodifique la secuencia de fonemas que constituyen las palabras y oraciones que escucha, y que así sepa qué sentimientos, conocimientos y motivaciones tiene quien le habla. Durante la actuación, de este mismo sistema depende que el hablante exprese las palabras y oraciones que reflejan dichas clases de información psíquica que desea comunicar

Es parte del sistema cognitivo-productivo, El componente comprende el neocórtex de transición del *planum temporale*, la parte posterior del área de Wernicke y el área de Broca del hemisferio izquierdo.

Taquifasia

Producción acelerada de palabras.

Se presenta en manía, esquizofrenia.

Tics

Movimiento uniforme, repetido y súbito (mímica o gestos) que no puede ser controlado.

Se presenta en síndrome de Gilles de la Tourette, síndrome orgánico cerebral.

Transitivismo

Atribuir a una o varias personas normales los síntomas de la propia psicosis (proyección psicótica).

Se presenta en esquizofrenia.

Verbigeración

Repetición uniforme de palabras o frases en el contexto de un discurso.

Se presenta en esquizofrenia catatónica, síndrome orgánico cerebral.

Verborrea/Logorrea

Lenguaje acelerado, presión para verbalizar (compulsivo).

Se presenta en manía, intoxicación aguda por alcohol y algunas otras sustancias como anfetaminas.

Vigilancia

Es un estado continuo de ansiedad en espera de que algo ocurra. En una situación donde nada sucede, pero el observador presta atención con la esperanza de detectar algún evento si es que ocurriera.

Tradicionalmente en la vigilancia, se la definía como 'prestar atención en la espera de detectar algún evento dondequiera ocurra'.

Volición

Es el aspecto de actividad o temporal de la información psíquica conativa. Como expresión de una motivación, se refleja en las señales motoras de salida que siguen a la toma de decisiones previas al acto.

Es la expresión de la actividad de una información conativa por medio de la actividad funcional operacional, funcional somática y metabólica que son características de la conducta de una persona.

Voluntad

Grado de firmeza, consecuencia o grado de carácter.

FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL

www.cmp.org.pe