

# Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

María Carolina González Romero  
*Compiladora*



González Romero, María Carolina, compiladora

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada / María Carolina González Romero y otros trece -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 251 páginas.

ISBN: 978-628-500-092-8 (versión digital)

1. Psiquiatría 2. Trastornos mentales y psiquiátricos 3. Seguridad de los pacientes

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Camilo Andrés Agudelo Vélez  
© Carmenza A. Ricardo Ramírez  
© Diego Espíndola Fernández  
© José Gabriel Franco Vásquez  
© Juan Diego Corzo Casadiego  
© Marcela Alviz Núñez  
© María Victoria Ocampo Saldarriaga  
© Postgrado en Psiquiatría  
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana  
Vigilada Mineducación

© María Adelaida Posada Uribe  
© María Botero Urrea  
© María Carolina González Romero  
© María Margarita Villa García  
© Natalia Gutiérrez Ochoa  
© Ricardo Antonio Consuegra Peña  
© Yeison Felipe Gutiérrez Vélez

**Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada**

ISBN: 978-628-500-092-8 obra digital

Escuela de Ciencias de la Salud

Postgrado en Psiquiatría

**Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín:** Mons. Ricardo Tobón Restrepo

**Rector General:** Padre Diego Marulanda Díaz

**Vicerrector Académico:** Álvaro Gómez Fernández

**Decano Escuela de Ciencias de la Salud:** Marco Antonio González Agudelo

**Coordinadora (e) editorial:** Maricela Gómez Vargas

**Compiladora:** María Carolina González Romero

**Producción:** Ana Milena Gómez Correa

**Diagramación:** María Isabel Arango Franco

**Corrección de estilo:** Fernando Aquiles Arango Navarro

**Imagen portada:** Shutterstock ID 310562189

**Dirección Editorial:**

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023

Correo electrónico: [editorial@upb.edu.co](mailto:editorial@upb.edu.co)

[www.upb.edu.co](http://www.upb.edu.co)

Telefax: (0057) (4) 354 4565

A.A. 56006 Medellín-Colombia

**Radicado:** 2253-13-03-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

# Examen mental para personal de salud no psiquiatra

Juan Diego Corzo Casadiego\*

## Resumen

El examen mental es la herramienta utilizada para describir un paciente cuyo motivo de consulta se relaciona con su pensamiento, comportamiento, o emoción. Desarrollar un entendimiento de sus conceptos y tener un esquema de descripción ayuda a comunicar una situación y a realizar un abordaje orientado a lo que se observa. La mente como función cerebral se expresa en fenómenos complejos que como personal de salud debemos diferenciar y reconocer. La congruencia de la historia clínica con el diagnóstico parte de una adecuada observación. Tener una aproximación ordenada de estos fenómenos puede ser clave para detectar una manifestación mental o comportamental secundaria a una condición no psiquiátrica que amenace la vida del paciente. Más aún, en gran medida el tratamiento inicial depende de las manifestaciones interrogadas. Reconocer las alteraciones del estado de ánimo, de la sensopercepción y de la conducta motora fortalece la propuesta terapéutica y nos acerca a una aproximación empática y dirigida.

**Palabras clave:** Psicopatología; Examen mental; Cognición; Pensamiento.

---

\* Médico Universidad Autónoma de Bucaramanga, residente primer año de Psiquiatría Universidad Pontificia Bolivariana. [diego.juan@upb.edu.co](mailto:diego.juan@upb.edu.co)

## 1. Introducción

Por un momento consideremos nuestros pensamientos. Armemos una casa imaginaria. Una casa pequeña, de madera, en una montaña, con un señor de sombrero vuelto asomado por la ventana. Esa imagen que formamos se basa en nuestra percepción, en nuestro recuerdo, y puede estar asociada a algunas emociones. La imagen creada tendrá una velocidad con la que aparecen nuestros pensamientos, una secuencia en su configuración, un contenido de creación. Al querer expresar nuestra imagen, y contarle a nuestro narrador omnipresente lo que vemos, tendremos una velocidad, un tono y una prosodia de expresión. Si el recuerdo de la casa nos produce tristeza o asombro nuestros gestos tenderán a ser congruentes con esa emoción. Todos estos elementos son partes fundamentales del examen mental, que busca representar fenómenos internos y describir características externas para explorar las interacciones complejas de nuestro estado psíquico y psicológico. Este ejercicio inicial será fundamental para entender los principios elementales del examen mental, la capacidad de reconocernos como seres pensantes es el inicio de la fenomenología y por tanto de la psicopatología en general.

El examen mental es una descripción detallada de esta situación psíquica, es el encuentro entre lo externo y lo interno, entre lo posible y lo imposible, entre lo observado y lo descrito. Permite un panorama contextual y personal para orientar un tratamiento, no solo para el diagnóstico y el pronóstico. La psicopatología descriptiva es un sistema cognitivo ideado para captar aspectos de la conducta anormal.<sup>1</sup> Los signos y síntomas en el examen mental tienen una historia extensa; su debate como manifestación nosológica no será abordada, esto incluiría un abordaje histórico permitiendo tener un conocimiento más profundo sobre los diferentes términos y grados utilizados en la clasificación psiquiátrica.

En este capítulo nos concentraremos en las partes fundamentales del examen mental para el personal de salud no psiquiatra. El interés es enfocarnos en la practicidad del examen mental y de su esquema descriptivo “taxonómico”, logrando dar una impresión general de nuestro paciente que permita un enfoque rápido y oportuno. El sistema cognitivo utilizado por la psicopatología cognitiva se intenta definir por medio de la integridad, plenitud, autosuficiencia, cohesión, armonía, arquitectónica, unidad funcional, regularidad funcional, simplicidad funcional, apoyo mutuo y eficacia funcional.<sup>1</sup>

Existe un orden para evitar que se nos pasen características importantes y para organizar nuestra forma de expresarlo. Sin embargo, la observación no es selectiva sino simultánea; se debe tener en cuenta cualquier información importante que detallemos en el paciente independiente del momento en que lo presente.

El examen mental se basa en dos palabras claves: observación y descripción. Desde que el paciente ingresa al consultorio estamos recibiendo información valiosa; inclusive desde la sala de espera se puede escuchar a los pacientes agitados o exaltados y, con eso, ya estamos haciendo la valoración mental.

## 2. Porte y actitud

En la apariencia se puede ver si la presentación personal del paciente es acorde a la situación o si, por el contrario, trae maquillaje llamativo y excesivo, cejas depiladas, gafas oscuras, ornamentos cefálicos florales, descuido de la higiene personal. En actitud debemos evaluar la reacción del paciente frente a la entrevista y el contacto ocular con el entrevistador: puede estar irritable, colaborador, temeroso, seductor, perplejo, indiferente o desconectado del entorno. En la actitud también podemos observar la expresión mímica; el signo de Veraguth que consiste en la angulación del párpado superior y el Signo de Schule (u omega melancólica) que es el pliegue forzado del entrecejo. Ambas expresiones se pueden observar en los pacientes deprimidos.<sup>2</sup> Esta primera impresión servirá para guiar el interrogatorio y asumir algunas técnicas de entrevista. Una vez el paciente ingresa e iniciamos la consulta podremos saber el estado de consciencia y su orientación.

## 3. Consciencia

En este contexto, se define como la capacidad de un individuo de percatarse de sí mismo y del ambiente. Cuando el paciente responde adecuadamente a los estímulos y se contacta con el entorno podremos decir que está alerta o en vigilia. Si existe una disminución en la aten-



ción, lentitud psicomotora, y alteración en la respuesta a los estímulos, el paciente puede estar obnubilado. Si no hay respuesta verbal, pero se obtiene respuesta con el estímulo doloroso podremos decir que hay estupor. En el paciente en coma, hay una pérdida total del estado de consciencia y no hay respuesta ante ninguno de los estímulos.<sup>3</sup>

Después de evaluar el estado de consciencia podemos evaluar si el paciente está orientado o no: en tiempo, espacio y persona. Esto se realiza preguntando al paciente su nombre y apellido, el lugar donde estamos realizando la consulta, y la identificación de la fecha calendario en la que se realice la entrevista. Es menester mencionar que la consciencia es fundamental para evaluar en un paciente con sospecha de delirium, ya que puede fluctuar entre las categorías mencionadas: primero se desorienta en tiempo y por último en persona.<sup>4</sup> En los trastornos de consciencia se debe definir el concepto de despersonalización, donde el paciente tiene una sensación de extrañeza de no ser él mismo y algunas partes del cuerpo pueden sentirse como ajenas, y la desrealización cuando siente que hay cambios en el entorno y percibe la realidad como algo irreal. Estas dos alteraciones pueden aparecer en personas sin trastorno mental, usualmente en algunas fases del sueño, y en el consumo de sustancias alucinógenas. Algunos autores también han descrito una alta prevalencia en paciente con ansiedad, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, y depresión.<sup>5</sup>

## 4. Atención

Al estar realizando la valoración, podemos observar la capacidad que tiene el paciente de seleccionar un estímulo y hacer a un lado los demás. Puede parecerse a la concentración, pero esta última se relaciona con la capacidad de mantener la fijación del estímulo por un periodo de tiempo. Si la atención del paciente se sostiene con el hilo de la entrevista podremos decir que está euproséxico. Si por el contrario vemos que está disminuida y que requiere un mayor estímulo se le denominará hipoproséxia. En caso de una atención exagerada, por ejemplo, un jugador de tiro al blanco antes de hacer el lanzamiento, se llamará hiperprosexia. En un paciente distraído, donde haya cambios constantes en el foco de atención, podremos decir que presenta disprosexia.<sup>2</sup>

## 5. Conducta motora

Durante la entrevista debemos ir observando la conducta motora. El examen mental no es solo una foto del momento, pues incluye la variable tiempo; acá consideramos la velocidad, la frecuencia y la continuidad tanto del movimiento como del pensamiento.

Existen alteraciones cuantitativas de la conducta motora, que hacen alusión a la velocidad y a la frecuencia, y las cualitativas, que describen las características del movimiento.<sup>9</sup>

### 5.1 Cuantitativas

**5.1.1 Acatisia:** el paciente relata que no es capaz de quedarse quieto, que tiene la sensación de que debe estar en movimiento. Es frecuente que pueda ser un efecto adverso de los antipsicóticos, antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, tricíclicos) o del litio. Un ejemplo común en la práctica clínica es la metoclopramida.<sup>6</sup>

**5.1.2 Excitación:** aumento en la intensidad y la frecuencia del movimiento. Se realizan diferentes actividades sin un propósito claro y en desorden. A veces se refieren como hiperactividad, pero en este término el paciente tiene una actividad voluntaria dirigida a diferentes propósitos que usualmente no lleva a cabo. También se debe mencionar la inquietud, que es un grado más leve de excitación motora. Estas características se pueden ver en caso de una manía, delirium hiperactivo, o en algunos estados mixtos.

**5.1.3 Retardo motor:** se caracteriza por una lentitud en la funcionalidad basal del paciente. Lo puede relacionar con cansancio o fatiga. Es muy característico de la depresión mayor.

**5.1.4 Inhibición motora:** disminución de la intensidad y la frecuencia del movimiento.

**5.1.5 Catatonía:** existen tres formas descritas. El estupor catatónico, donde el paciente está inmóvil y hay ausencia de reactividad a los estímulos externos; la catalepsia, donde hay una tendencia a permanecer en las posiciones en las que se le acomoda con una amnesia total al



respecto; la flexibilidad cérica, un grado extremo de catalepsia donde el paciente se deja moldear como si fuera de cera.<sup>2</sup>

**5.1.6 Temblor:** movimientos involuntarios, regulares, rítmicos de un grupo muscular, usualmente es parte distal de una extremidad.

**5.1.7 Corea:** movimientos involuntarios, rápidos, de gran amplitud.

## 5.2 Cualitativas

**5.2.1 Ecopraxia:** movimientos que se realizan como imitación a la persona que se está observando. Ejemplo: si el entrevistador levanta la mano, el paciente levanta la mano.

**5.2.2 Ecomimia:** repetición de los gestos. Ejemplo: frunce el ceño y repite.

**5.2.3 Dismimia:** no se ve correlación entre la mímica facial del paciente y el contenido afectivo. Se da en la esquizofrenia y la incontinencia afectiva.<sup>7</sup>

**5.2.4 Estereotipias:** movimientos organizados, amplios, complejos y repetitivos sin un objetivo determinado.

**5.2.5 Tics:** movimientos involuntarios, cortos, rápidos, repetitivos, de pequeños grupos musculares que empeoran con el estrés.

**5.2.6 Disonía:** contracción muscular de forma sostenida e involuntaria produciendo dolor por tensión. Se puede ver como efecto adverso de los antipsicóticos.

**5.2.7 Compulsiones:** actos o rituales repetitivos con fin determinado y para detener un pensamiento obsesivo. Ejemplo: lavarse las manos cada vez que piensa que está infectado, revisar si quedó bien cerrado el carro, tocar la otra línea de la baldosa si pisa una primera.

## 6. Afecto

El afecto quizá es uno de los elementos más controvertidos en el examen mental. Algunos autores lo describen como el sentimiento subje-



tivo que predomina en un individuo durante el tiempo, o como naturaleza disposicional.<sup>8,9</sup> Existen diversas clasificaciones y descripciones del afecto según el autor. Describiremos tres subcategorías para la descripción: modulación, características cuantitativas y cualitativas. Variables para considerar son duración, intensidad, calidad, relevancia, intencionalidad (objeto), afabilidad, variación diurna, interferencia psicosocial, control conductual.<sup>9</sup>

### 6.1 Modulado

Proporcionado o no a la situación que expresa. Puede estar modulado o no modulado. Por ejemplo: si el paciente cuenta un evento catastrófico y desafortunado y demuestra alegría, estaría mal modulado.

### 6.2 Cuantitativas

**6.2.1 hipertimia:** por encima de lo normal, elevado, va de la mano del aceleramiento. Presenta respuestas desproporcionadas y exaltada.

**6.2.2 Eutímico:** responde proporcionadamente a las cosas. No es igual a afecto plano. Aquí si existe una respuesta, pero es proporcionada, modulada, acorde con el estímulo.

**6.2.3 Hipotímico:** respuesta por debajo de lo esperado, disminución del tono afectivo, usualmente se acompaña de lentitud en movimientos. Este término no es universalmente aceptado, pero es usado con frecuencia clínica por su neologismo. Otras menciones relacionadas con la tristeza son: melancólico, abatido, desesperanzado, lúgubre, etc.

### 6.3 Cualitativas

Enriquecen la descripción del afecto. En algunas descripciones agregan la impresión como el “fondo” afectivo.

#### 6.3.1 Irritable

#### 6.3.2 Inapropiado

#### 6.3.3 Plano

**6.3.4 Constreñido:** embotado, no sabemos cómo describirlo porque está bajo medicamento.

**6.3.5 Disfórico:** “rabia y tristeza, no sé cómo explicarlo”, dice el paciente.

**6.3.6 Labilidad afectiva:** cambio significativo del tono afectivo; de llanto a irritabilidad, de irritabilidad a euforia. Poco resonante: no transmite las emociones. Si el paciente dice que está triste, no siento su tristeza, si dice que está feliz, no siento esa felicidad.

**6.3.7 Anhedonia:** el término se profundizó con las teorías psicoanalíticas y terminó de popularizarse con la introducción del DSM III. Incapacidad para sentir placer. Esta definición supone un reto conceptual, pues el placer varía según el contexto histórico. Se utiliza frecuentemente como síntoma en la esquizofrenia y en la depresión, aunque puede existir dificultad para separar ambos fenómenos clínicos de naturaleza diferente.<sup>9</sup> Ejemplo: “Lo que antes me gustaba ya no lo hago, ya no me gusta hacer nada, nada me atrae, ni me produce alegría.”

## 7. Lenguaje

Comúnmente el lenguaje y el pensamiento van de la mano. El pensamiento se expresa por medio del lenguaje y, por tanto, una aceleración del pensamiento va de la mano con una aceleración de su expresión. Sin embargo, en los estados mixtos el paciente puede pensar rápido y hablar despacio, pues siente que los pensamientos se acumulan como en un embudo. Las alteraciones del pensamiento y del lenguaje pueden ir de la mano según el autor, su diferenciación ha sido motivo de discusión con la aparición de la lingüística y las teorías cognitivas.<sup>10</sup>

**7.1 Logorrea:** aumento exagerado en la expresión verbal, tiene una necesidad imperiosa para hablar, no se deja interrumpir por el entrevistador.

**7.2 Taquilalia:** aceleración del habla, pero ocasionalmente realiza pausas y permite la interrupción del entrevistador.

**7.3 Bradilalia:** disminución de la expresión verbal. Se ve frecuentemente en pacientes con depresión. No confundir con alogia, donde hay una pobreza de pensamiento y no una disminución de la velocidad.

**7.4 Irrelevancia:** falta de relación entre la pregunta y la respuesta. Ejemplo: ante la pregunta, ¿usted cuantos años tiene? Responde: Mañana no habrá luz.

**7.5 Pararrespuestas:** son respuestas intencionalmente incorrectas. El paciente entiende la pregunta, pero responde equivocadamente.<sup>2</sup>

**7.6 Tono:** altisonante, usualmente en hipertimia, habla duro, fuerte. Bajo tono, usualmente en hipotimia, habla pasito, bajo, no se escucha bien.

**7.7 Prosodia:** se refiere a la melodía, ritmo y timbre de voz que comunique un estado emocional. El paciente con aprosodia no cambia el tono o velocidad, no hay inflexiones durante su discurso. Usualmente se ve en pacientes con esquizofrenia.

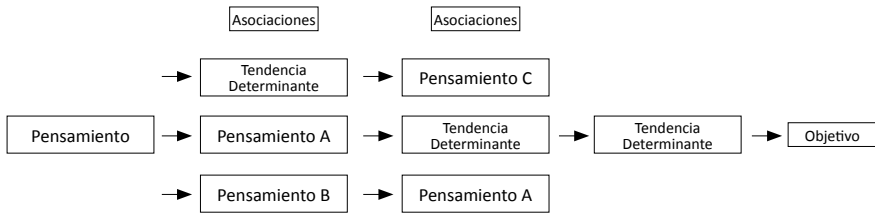
## 8. Pensamiento

De forma general, diremos que el pensamiento es la acción integradora y asociativa de las facultades mentales. En el examen mental el pensamiento es aquella actividad psíquica en virtud de la cual los datos elaborados del conocimiento (ideas) se seleccionan y orientan alrededor de un propósito (tema) y que, siguiendo las vías establecidas por el proceso asociativo, debe conducir a conclusiones orientadas en la realidad.<sup>11</sup> Estos componentes deben ser evaluados durante la entrevista.

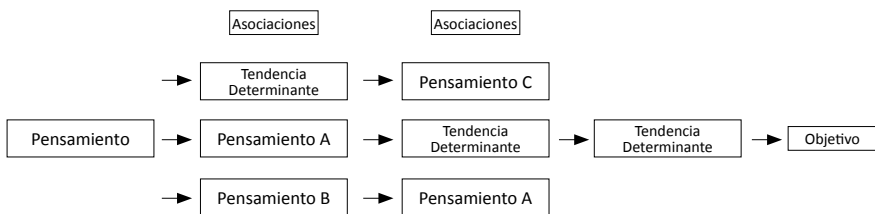
A través de la historia de la psiquiatría se han utilizado diferentes términos y clasificaciones para describir el pensamiento.<sup>12</sup> La variación conceptual ha cambiado según el abordaje epistemológico imperante; la ciencia computacional y científica del siglo XX han influido sobre la descripción cognitiva. En esa misma línea, el modelo de asociaciones de Jaspers se ha utilizado para entender la psicopatología del pensamiento y sus alteraciones.<sup>13</sup>

En la Figura 1 vemos una secuencia y unas asociaciones que forman una estructura de modelo con diferentes constelaciones que toman un curso según la tendencia dominante. Este modelo de asociaciones nos permitirá entender las alteraciones en el curso del pensamiento como un algoritmo lógico y secuencial. Podríamos considerar una analogía práctica del pensamiento como un buque bajando por un río. Este tendrá una forma, una velocidad y un contenido. El objetivo del buque será llevar un mensaje a un puerto (tendencia determinante), y en ese curso se puede perder, acelerar, detener o sufrir cambios en su interior. Para este capítulo dividiremos el curso del pensamiento en trastornos de la velocidad y del flujo, tal como se muestra en la Figura 2.

**Figura 1.** Tendencia determinante en el pensamiento.  
Adaptado de Femi Oyeboode.



**Figura 2.** Trastornos del curso del pensamiento.  
Elaboración propia.



### 8.1. Cuantitativas

Son la aceleración y el enlentecimiento del pensamiento:

**8.1.1 Aceleración del pensamiento:** también conocida como taquipsiquia, se caracteriza por una disminución en el tiempo de latencia de la respuesta,

con una asociación lógica entre pareja de ideas secuenciales y una directriz del pensamiento alternante con tendencia determinante debilitada.<sup>13</sup> Usualmente va acompañada de una velocidad en la expresión oral, o taquilalia. Cuando hay una taquipsiquia severa con una estructura superficial que salta de idea a idea, se le conoce como pensamiento ideofugitivo. En la fuga de ideas, el pensamiento y el lenguaje saltan de concepto a concepto de forma muy rápida y la dirección del discurso se pierde, dando una impresión de que hay demasiada ideación productiva.

**8.1.2 Lentificación del pensamiento:** bradipsiquia, hay un aumento en el periodo de latencia de respuestas, con pobreza en la formación de asociaciones y un avance lento y tortuoso hacia el objetivo. En la bradifasia hay un lenguaje reducido en velocidad expresada pero no necesariamente en contenido.

## 8.2 Alteraciones cualitativas

Las más frecuentes y que pueden ser de gran utilidad en la práctica clínica son:<sup>14</sup>

**8.2.1 Pensamiento circunstancial:** se caracteriza por una abundancia en el flujo de ideas, con inclusión de detalles innecesarios o banales que desvían el tema central con una tendencia dominante debilitada. El paciente tiene dificultad para llegar a una idea final, pero a diferencia de la tangencialidad, manifiesta una conclusión parcial de lo que quiere expresar y conserva un tema central con coherencia semántica.<sup>2</sup>

**8.2.2 Descarrilamiento:** interrupción de las asociaciones con pensamientos que no guardan ninguna conexión comprensible con la cadena sucesiva de estos; es decir, un cambio en la dirección del pensamiento o la tendencia dominante.

**8.2.3 Rotura o bloqueo del pensamiento:** el paciente se detiene de manera inesperada e involuntaria, es decir, realiza una pausa de pensamiento y el paciente es incapaz de darle una explicación lógica.

**8.2.4 Incoherencia:** grado severo de descarrilamiento y fusión, sin conservar forma gramática, con desestructuración total y con pérdida de la asociación lógica.



**8.2.5 Perseverancia:** repetición automática y frecuente de representaciones verbales que son introducidas como material de relleno cuando no hay una evocación apropiada de elementos ideológicos.<sup>15</sup> En otras palabras, la perseverancia es la repetición monótona de una misma idea o pensamiento.

**8.3** El contenido del pensamiento es el tipo de ideas que se expresan en la construcción del pensamiento:

**8.3.1** Las ideas obsesivas son ideas o imágenes repetitivas, intrusivas, involuntarias, fijas, que se acompañan de una compulsión que busca luchar contra esta imagen. En este tipo de idea el paciente sabe que esta es errónea, absurda o exagerada, aun así, no puede quitársela de la cabeza. Usualmente las ideas son egodistónicas (idea incompatible consigo mismo y que se experimenta con malestar) y giran en torno a la contaminación (lavado y aseado constante), orden (simetría, secuencia), sacrílegas (imágenes pecaminosas o sexuales relacionadas con la religión).<sup>16</sup>

**8.3.2** Las ideas delirantes son una interpretación errónea de la realidad. comúnmente se describen cuatro características fundamentales de la idea delirante: el pensamiento es falso o irreal, es sostenido por el individuo convencido, son irreductibles, y no son compartidas por un grupo social.<sup>16</sup> Para profundizar en el interrogatorio podemos preguntarle al paciente: ¿usted en qué es bueno? ¿Tiene enemigos o gente que le tenga rabia? ¿Usted tiene algún poder o don especial? ¿Cómo lo describirían los vecinos si preguntamos por usted?<sup>17</sup>

**8.3.3** Las ideas sobrevaloradas, en cambio, son creencias en las que el paciente está convencido de su realidad y estas son defendidas con intensidad y solo después de un debate y un ejercicio dialéctico puede considerar que son exageradas e inflexibles. A diferencia de las ideas obsesivas, el sujeto no reconoce estas ideas como absurdas y a diferencia de las ideas delirantes, pueden ser corregidas y aceptadas como exageradas. Éstas pueden ser de minusvalía, culpa, inutilidad, desesperanza, o hipocondriacas.<sup>18</sup>

Existen diferentes clasificaciones según el contenido, daremos algunos ejemplos.

**8.3.3.1 Grandeza:** creer que tiene excesivos atributos, méritos, destreza, para actividades donde resalta. Ejemplo: “Soy el mejor negociante del mundo, no hay nadie mejor que yo”.

**8.3.3.2 Autorreferenciales:** considera que lo que pasa en el entorno se relaciona consigo mismo. Ejemplo: “Una gran parte del Colegio me quiere ver triunfar, el resto piden a dios todos los días para que fracase”.

**8.3.3.3 Mágicas:** convicción firme de la explicación del mundo por medio de relaciones metafísicas o energías inexplicables.

**8.3.3.4 Persecutorias:** ejemplo, “Me están persiguiendo y me quieren hacer daño, no le voy a decir quiénes”.

**8.3.3.5 Erotomaniacas:** el paciente cree que una persona, por lo general famosa o de estatus superior, está enamorada de él o ella.

**8.3.3.6 Celotípicas:** creer en la infidelidad de su pareja así la evidencia demuestre que no es cierto.<sup>18</sup>

**8.3.3.7 Hipocondría monosintomática:** el paciente refiere una queja sintomática, pero esta es de características delirantes. Incluye los delirios e infestación: también llamado delirio dermatozoico, o síndrome de Karl Alex Ekblom, donde el paciente cree que está infectado por parásitos (usualmente insectos o gusanos) aunque no exista evidencia objetiva que lo demuestre. Pueden presentar alucinaciones táctiles y miedo constante a infectar a otras personas.<sup>19</sup> El delirio de síndrome de referencia olfatoria, donde el paciente cree que expele un olor desagradable que lo lleva a conductas evitativas y de aislamiento. La dismorfosis, con la convicción delirante de tener una deformidad física parcial que causa desagrado a otras personas. Y la psicosis inducida (*Folie a Deux*) con la transferencia o la inducción de los delirios específicos a otras personas cercanas que se desaparecen una vez son separados.<sup>20</sup>

## 9. Sensopercepción

Los estímulos físicos son transmitidos de los órganos receptores hacia el sistema nervioso central y son interpretados dándoles un sentido. Los estímulos pueden ser externos o internos. Entre los estímulos externos consideramos los visuales, auditivos, gustativos, olfativos y táctiles, entre los internos incluimos los cenestésicos, que incluyen la sensación de órganos internos, y los cinestésicos, que consideran el movimiento y la posición de las partes del cuerpo.



Al igual que el pensamiento, las alteraciones de la sensopercepción han variado en la historia según el abordaje nosológico, etiológico, fenomenológico.<sup>21</sup>

**9.1 Alucinación:** percepción sin estímulo externo o sin objeto. Las alucinaciones son percepciones, no son pensamientos o fantasías, pues tienen cualidad de objetividad y son involuntarias. Pueden ser auditivas simples en caso de sonidos aislados sencillos o complejas cuando son estructuradas y detalladas. En este tipo de alucinaciones el paciente escucha a través de sus oídos como si fueran estímulos externos y en promedio escuchan entre 2 o 3 voces diferentes no necesariamente familiares.<sup>12</sup> Las alucinaciones auditivas son frecuentes en esquizofrenia o en psicosis afectivas. Por otro lado, las alucinaciones visuales son típicas en trastornos orgánicos. Pueden ser elementales, como flashes formados de luz o color, o percepciones visuales complejas, como personas y escenas. Es importante preguntar la hora en la que se producen: si las alucinaciones se presentan al momento de dormir se le llaman alucinaciones hipnagógicas, y si ocurren al despertar se llaman alucinaciones hipnopómpicas. Un sujeto sin psicosis puede reportar este tipo de alteraciones durante el sueño. Son poco frecuentes las alucinaciones visuales en esquizofrenia, siendo pertinente descartar organicidad. Por último, las alucinaciones olfativas con frecuencia se dan en epilepsia del lóbulo temporal; se debe profundizar la historia clínica de si hay algún desencadenante o aura.<sup>22</sup>

**9.2 Pseudoalucinación:** aunque el término ha estado involucrado en diferentes debates sobre su validez fenomenológica, aún se utiliza en la práctica clínica.<sup>8</sup> Este describe representaciones perceptivas con localización interna (las escucha dentro de la cabeza). Son involuntarias y consideradas como reales por el paciente.

**9.3 Alucinosis:** son de localización externa y presencia objetiva, pero no dan impresión de realidad. Por ejemplo: “Mi papá sufre de alcoholismo y dice que ve un montón de escarabajos en la pared, él mismo se sorprende y dice que son efectos del alcohol”.<sup>2</sup>

**9.4 Ilusiones:** interpretaciones equivocadas de un estímulo real; es decir, existe un estímulo o un objeto y este se deforma o se malinterpreta.<sup>23</sup> Normalmente se describen tres tipos de ilusiones:

**9.4.1** De acabado, dependen del interés; cuando las señales sensoriales no tienen un sentido, alteramos con el material recordado de manera que la experiencia perceptual tenga significado;

**9.4.2 Afectivas**, son mejores explicadas por un ejemplo: en la noche la sombra de un árbol parece las manos de un monstruo, cuando el miedo intenso desaparece, la ilusión se disipa;

**9.4.3 Pareidólicas**, se dan cuando se percibe erróneamente un estímulo debido a un sesgo perceptivo. Un ejemplo es cuando se ven las nubes y se les atribuyen formas de dinosaurios.

## 10. Memoria

La valoración de la memoria no siempre se hace de forma explícita y puntual, pues existen pruebas específicas para su evaluación. La evaluación nos da una impresión de la memoria y podría ser de utilidad para guiar nuestro algoritmo diagnóstico. Sin embargo, debemos mencionar que existen diferentes tipos de memoria y por tanto de amnesia.

**10.1** La amnesia es la incapacidad para evocar información nueva o previamente aprendida. En su valoración se realizan preguntas guiadas al tiempo o al contenido específico del recuerdo.<sup>24</sup>

**10.1.1 Anterógrada:** incapacidad para recordar lo que sucede luego de la aparición del trastorno; la información nueva no se guarda en memoria a largo plazo. Se puede dar en trastorno neurocognitivo mayor, uso de benzodiazepinas, convulsiones.

**10.1.2 Retrógrada:** incapacidad para recordar lo que sucedió antes de la aparición del trastorno; puede ser desde hechos recientes a sucesos antiguos.

**10.1.3 Lacunar:** ausencia de recuerdo de un periodo de tiempo circunscrito. Puede ser por trauma craneoencefálico, intoxicación por alcohol, o síndrome confusional.

**10.1.4 Hipermnnesia:** aumento anormal de la capacidad de registro y evocación del recuerdo.

**10.1.5 Paramnesias:** falsas evocaciones de la memoria, como por ejemplo pueden ser falsos reconocimientos con la identificación de alguien como si fuera una persona conocida, cuando en realidad nunca lo había visto. *El Deja vu deja vecu* con sentir que hay eventos ya vistos y vividos, cuando en realidad no. El *Jamais vu* al sentir que jamás se ha visto y vivido un evento cuando en realidad sí. Y la confabulación, cuando se llena de información falsa la memoria, pero no se le reconoce así, por ejemplo, en el trastorno neurocognitivo mayor.

**10.2** El examen mental incluye una sección que valora otras funciones mentales superiores, sin embargo, existen pruebas psicológicas específicas para su determinación y profundización.

**10.2.1 Inteligencia:** se valora con el curso de la entrevista y las respuestas del paciente. La definición de inteligencia aún suscita discusión. Tradicionalmente se considera como la capacidad de resolver problemas, otros autores más recientes lo definen como un fenómeno contextual determinado por la efectividad en las metas dirigidas.<sup>25</sup> En el examen mental se puede anotar una impresión general como promedio o deficitaria. Para realizar una determinación más precisa se deben realizar pruebas neuropsicológicas adicionales.

**10.2.2 Introspección:** se ha intentado realizar diferentes definiciones desde la psicopatología; pero continúa siendo tema de estudio e investigación.<sup>26</sup> Para el objetivo del capítulo, lo definiremos como la capacidad que tiene el paciente de reconocer su enfermedad y aceptar que requiere tratamiento. Puede estar presente, comprometida o parcial. Jaspers describe algunos puntos clave para el proceso de introspección, desde los cuales se destacan: superación de la enfermedad en los estados crónicos, el juicio del paciente sobre su enfermedad, y la actitud hacia la propiedad enfermedad con su significado y sus posibles implicaciones.<sup>27</sup>

**10.2.3 Prospección:** se evalúa con la planeación de actividades para el futuro. En los pacientes con alto riesgo suicida es indispensable valorar la prospección, pues nos puede dar pistas tanto de la ideación suicida

como de la esperanza y expectativa del paciente. Cuando se les interroga directamente qué planes tienen para el resto del año, pueden responder con prospección tanática o incierta, y en otros casos, comentar planes detallados donde se identifique factores protectores y asuntos pendientes para continuar con vida. En otros casos el paciente puede relatar una prospección acorde con su idea delirante: “ser futbolista y basquetbolista profesional con éxito en varios emprendimientos que comencé hace unos días”. Esto es conocido como prospección delirante.

**10.2.4 Cálculo:** se puede preguntar operaciones matemáticas que aumentan de complejidad. Son de relevancia clínica en niños por los trastornos específicos del aprendizaje o en adultos mayores para el deterioro cognitivo.

**10.2.5 Juicio y raciocinio:** la capacidad que se tiene para formar una opinión basado en la comparación y diferenciación de opciones, como también para dar significado a temas abstractos. Su importancia resalta en la capacidad de decisión y de autodeterminación.

## 11. Conclusiones

En el ejercicio de la introducción imaginamos una casa en la montaña. El señor con el sombrero vueltiao nos saluda desde la ventana y nos invita a conversar. Vemos un señor de 56 años, atento, con adecuada presentación personal. Mientras nos enseña su huerta establece contacto visual intermitente. El señor está orientado, euproséxico y parece tener un afecto modulado, resonante, sin irritabilidad, eutímico. Su discurso es elocuente, tiene un curso del pensamiento normal y no demuestra ideas delirantes, obsesivas, o sobrevaloradas. Nos comenta que vive tranquilo en su casa en la montaña. Al hablar lo notamos sin alteraciones en el tono o la prosodia. No tiene actitud alucinatoria ni cambios en la conducta motora. Profundizamos sobre su sensopercepción y no menciona alteraciones. Su inteligencia impresiona promedio y su introspección parcial. El juicio y raciocinio están conservados. Sus planes son seguir viviendo en nuestro recuerdo, es decir, prospección no tanática literaria.

La psicopatología descriptiva es quizá una de las formas que más se relaciona la literatura y la medicina. La medicina parte de la observación, y la literatura nace de querer inmortalizar una idea o imagen. La comparación de lo común con lo infrecuente, lo ético con lo amoral, lo que quita vida o lo que da, es lo que nos permite diagnosticar y tratar. Aún sin tener conocimiento médico detallado o científico puedo hacer un buen examen mental. La importancia de su registro en la historia clínica me permite recrear una escena de ingreso antes de que el paciente reciba cualquier intervención. Más importante aún, me permite descartar una patología infecciosa o no psiquiátrica que requiera de acciones inmediatas para seguir su tratamiento y detener la manifestación comportamental o perceptual. Con frecuencia olvidamos que el cerebro se comunica con el mundo a través de los sentidos y la expresión. Entender su importancia y algunas reglas o generalidades para su descripción podría mejorar la habilidad pragmática de tratar oportunamente y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

## Referencias

1. Berrios G. Historia de los síntomas mentales. El objeto de la investigación. Fondo Cultura Económica España. 1996. 16-40.
2. González A, Velásquez J, Ramírez C. Psicosemiología. 2ª ed. Medellín: Editorial UPB. 2015. 45-73.
3. González A. Signos y síntomas. En: Toro R, Yepes L, Palacio C. Psiquiatría - Fundamentos de Medicina. 5ª ed. Medellín: CIB, 2010. 21- 36.
4. Chayer C, Freedman M. Frontal lobe functions. *Curr Neurol Neuroscience Rep.* 2001; 1(6):547-552. <https://doi.org/10.1007/s11910-001-0060-4>
5. Yang J, Millman LSM, David AS, Hunter ECM. The Prevalence of Depersonalization-Derealization Disorder: A Systematic Review. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD).* 2023; 24(1):8–41. <https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2079796>
6. Parlak I, Atilla R, Cicek M, *et al.* Rate of metoclopramide infusion affects the severity and incidence of akathisia. *Emerg Med J.* 2005; 22(9):621-624. <https://onx.la/32d92>
7. Belloch A, Ramos F, Sandín B. Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill; 2008.
8. Trzepacz PT, Baker R W, Mood and Affect. The psychiatric mental status examination. 1ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 1992. 39-52.
9. Berrios G. Historia de los síntomas Mentales. El afecto y sus trastornos. Fondo Cultura Económica España; 1996. 286-400.
10. Liddle PF, Ngan ETC, Caissie SL, Anderson CM, Bates AT, Qusted DJ, *et al.* Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry.* Cambridge University Press; 2002; 181(4):326–330. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.326>

11. Retuerto M, Vazquez Bourgon J, Gaité L, Alquezar A. La exploración del estado mental. 2007. 83-106.
12. Rule A. Ordered thoughts on thought disorder. *Psychiatric Bulletin*. Cambridge University Press; 2005; 29(12):462–464. <https://doi.org/10.1192/bjp.158.3.307>
13. Oyeboode F. *Sims Symptoms in the Mind*. Textbook of descriptive Psychopathology. Fifth Edition. Elsevier, 2015. 59-185
14. Kircher T, Krug A, Stratmann M, et al. A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophr Res*. 2014; 160(1-3):216-221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.024>
15. Higuera A, Segarra R, Sánchez M. Trastornos Formales y del Control del Pensamiento. *Psiquiatría y psicopatología a tratar e indagar, ayuda para la teoría*. 2021.141-159.
16. Fierro M. *Semiología del psiquismo*. 2a ed. Bogotá: Editorial Kimpres, 2008.
17. Morrison JR. *The First Interview : Revised for DSM IV*. New York: Guilford Press; 1995.
18. Fish FJ, Hamilton M. *Fish's Clinical Psychopathology : Signs and Symptoms in Psychiatry*. Rev. reprint ed. Bristol: J. Wright; 1974.
19. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. *Isr Med Assoc J*. 2018; 20(7):456-460.
20. González A, Holguín J. *Psiquiatría. Trastornos Delirantes*. CIB Editorial; 2018. 109-118.
21. Telles-Correia D, Moreira AL, Gonçalves JS. Hallucinations and related concepts-their conceptual background. *Front Psychol*. 2015; 6:991. <https://n9.c/7aany>
22. Vinti V, Dell'Isola GB, Tascini G, Mencaroni P *et al*. Temporal Lobe Epilepsy and Psychiatric Comorbidity. *Frontiers in Neurology*. 2021; 12. <https://onx.la/bd5f1>
23. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de Psychiatry*, 5ª ed. Paris: Masson. 1978.
24. Vanaken L, Boddez Y, Bijttebier P, Hermans D. Reasons to remember: A functionalist view on the relation between memory and psychopathology. *Curr Opin Psychol*. 2021; 41:88-95. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.04.006>
25. Corazza GE, Lubart T. Intelligence and Creativity: Mapping Constructs on the Space-Time Continuum. *J Intell*. 2020; 9(1):1. <https://doi.org/10.1016/j.yjoc.2021.100003>
26. Sass, Louis A., and Adam Fishman, *Introspection, Phenomenology, and Psychopathology*. En Stanghellini G *et al.*, editores. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (2019).
27. Oyeboode F. *Sims Symptoms in the Mind*. Textbook of descriptive Psychopathology. Fifth Edition. Elsevier, 2015. 332–335.