
Protocolo de admisión psicosocial

Herramientas para un primer abordaje

Equipo Psicosocial
CRIBE - Trabajando en equipo

Noviembre 2020



Para el encuentro de hoy, pensamos abordar la cuestión de los protocolos de admisión, en tanto documento organizador para el proceso de ingreso del paciente, pero también para direccionar los primeros abordajes e intervenciones durante la formulación del diagnóstico

PROTOCOLO DE PSICOLOGÍA

INGRESO A TTO: ___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

NACIONALIDAD: _____ PROCEDENCIA: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONO: _____ PERSONA DE CONTACTO _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO Pareja HIJOS: SI NO CANT. N°: NIETOS: SI NO N°: BISNIETOS: SI NO CANT. N°: TATARANIETOS: SI NO N°:

ESCOLARIDAD:

ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA TERCIARIA UNIVERSITARIO: Completo Incompleto TRABAJA ACTUALMENTE: SI NO OCUPACIÓN: _____RECIBE: JUBILACIÓN PENSION PNC

MOTIVO DE CONSULTA - DERIVACION/ DIAGNOSTICO

GENOGRAMA

PRIMERA ENTREVISTA

Por lo general es el trabajador social quien tiene el primer contacto con el familiar, que en este caso es quien acompaña al paciente.

Este contacto se produce a través de la entrevista. La entrevista forma parte de la batería de técnicas de investigación cualitativa.

La experiencia nos dice que de acuerdo a la complejidad de cada caso tanto en el aspecto médico como social, será el tipo de entrevista a llevar a cabo.

En la entrevista siempre hay un **fin determinado**, recoger datos, informar, motivar. Este método se complementa con la observación y también con la técnica del cuestionario que emplea el trabajador social para completar datos filiatorios del paciente y grupo familiar.

- De esta manera se obtiene cierta información, se influye sobre ciertos aspectos(opiniones, sentimientos, comportamientos) y se da también cierto enfoque y efecto terapéutico.
- Por lo general se utilizan preguntas más estructuradas cuando se requiere una información concisa y preguntas abiertas si se pretenden respuestas más amplias. Deberá tenderse a que todo este proceso se haga en un clima de confianza y distensión
- Los antecedentes que puntualmente la familia pueda brindar sobre la enfermedad, tanto sean antecedentes personales como familiares cobran real importancia y son luego tomados en cuenta por otros profesionales médicos, psicólogos, psiquiatras, etc , ya sea para pensar el proceso de diagnóstico y tratamiento, como para comparar con la información que brinda el paciente.

Podemos dividir a la entrevista en cuatro fases:

Primera Fase: de recepción o acogida: objetivo-buen clima- facilitar la comunicación.

Segunda Fase: de exploración donde se intentará que el entrevistado verbalice la situación que queremos abordar.

Tercera Fase: de intercambio o clarificación. Concretar y verificar información, consolidar una hipótesis, realizar una síntesis y resumir la entrevista.

Cuarta Fase: finalización, despedida y confección del informe social.

- Interacciones verbales y no verbales
- Áreas de fortaleza y debilidad
- Modelos de comunicación
- Alianzas internas
- Papel y rol de cada miembro de la familia

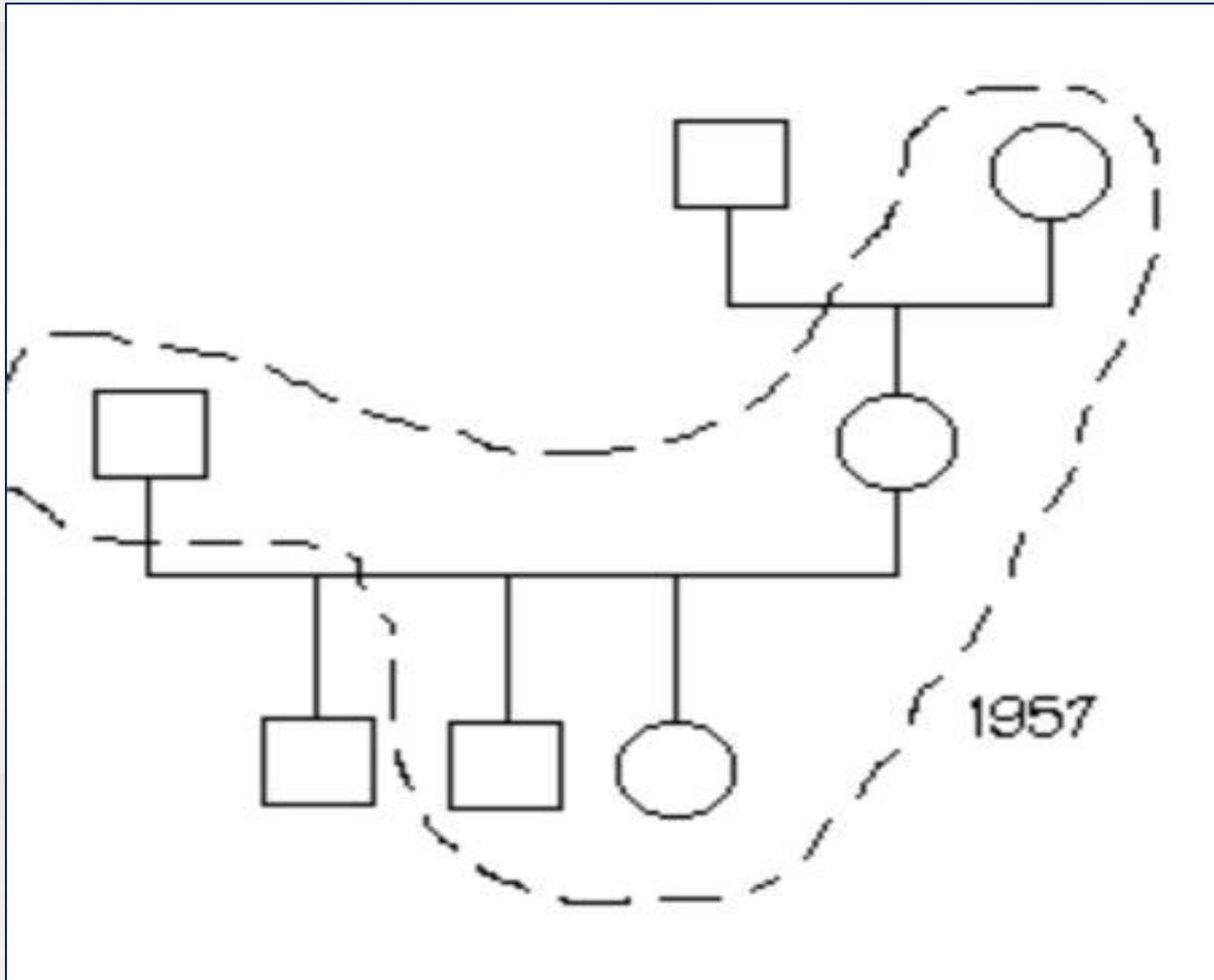
Todos estos aspectos nos brindan una visión acerca de la primera entrevista y su importancia.

GENOGRAMA

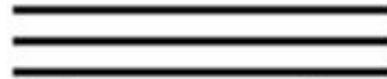
- El genograma muestra gráficamente la información familiar y nos permite una rápida comprensión de los posibles problemas, de patrones familiares complejos y la manera en que un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar.
- Nos permite una síntesis clínica y permite familiarizarse con el caso y formarse una idea clara del posible problema familiar.
- Además nos ayuda a recordar los miembros de la familia, los patrones y eventos que pueden tener una repercusión significativa en el acontecer de la vida familiar.

- La creación de un genograma implica **tres niveles**:
 - 1) representa la estructura familiar
 - 2) registra información familiar
 - 3) delinea relaciones familiares
- La parte fundamental del genograma es la ***descripción gráfica de cómo cada miembro de la familia está biológica, legal y afectivamente relacionado con otro.***
- El gráfico es una construcción de figuras, líneas y significados que hoy por hoy está estandarizado. También se pueden graficar las relaciones entre los miembros de la familia.

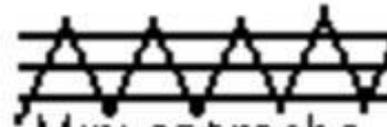
- ✓ Nos permite graficar la **relaciones habitacionales**.
- ✓ Nos facilita la **rápida comprensión** de cómo está articulada la **familia** y el lugar que en ella ocupa el **paciente**.
- ✓ Es de gran ayuda para **focalizar** más tarde el **tratamiento** a seguir por el equipo.



Relaciones interpersonales



Muy estrecha



Muy estrecha,
pero conflictiva



Conflictiva



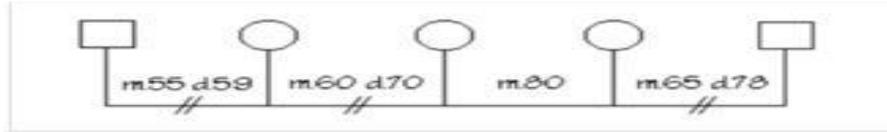
Cercana



Quiebre



Distante



Matrimonio Complejo

Hijos: Símbolos para embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer.



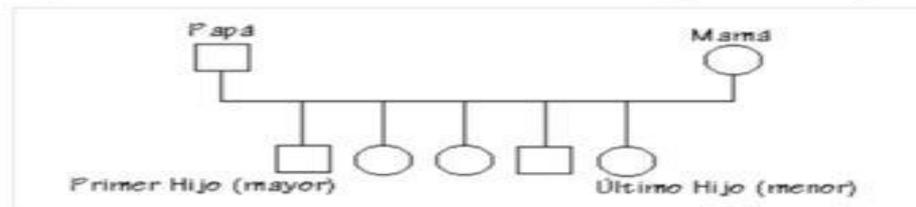
Embarazo



Muerte al Nacer



Pareja con hijos: ellos cuelgan de la línea que conecta la pareja; los hijos se dibujan de izquierda a derecha, comenzando con el mayor hasta llegar al menor.



Hijos en una pareja

DATOS FAMILIARES

FAMILIA CONTINENTE SI NO
RELACION FAMILIAR BUENA REGULAR MALA CONFLICTIVA AUSENTE
ENTREVISTA FAMILIAR SI PRESENTE / AUSENTE NO FECHA: / /
ANTECEDENTES / HISTORIA DEL PACIENTE:

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS/ PSIQUIATRICOS/ PICOFISICOS

ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA SI DX NO
REQUIRO INTERNACIÓN SI NO DONDE:
TTO. PSICOLÓGICO PREVIO SI NO MOTIVO CONSULTA
PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO SI NO
OH THC COCAINA TABACO OTROS
EN REMISIÓN: PARCIAL TOTAL
PATOLOGIAS CLINICAS DE RELEVANCIA HTA DBT DLP ACV EPOC EPILEPSIA
OTRAS CIRUGIAS
MARCHA INDEPENDIENTE CON ASISTENCIA BASTON ANDADOR SILLA POSTRADO
OTRO

PLAN DE MEDICACIÓN ACTUAL

MEDICAMENTO	D	A	M	C

ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION REVISADO – ACE-R

APELLIDO Y NOMBRE:
AÑOS DE EDUCACIÓN:
FECHA DE NACIMIENTO:
EXAMINADOR:
ANTECEDENTES:

EDAD:
HCL:
FECHA DE EVALUACIÓN:
DERIVADOR:

ORIENTACIÓN TEMPORAL*					/5*	ORIENTACIÓN ESPACIAL*					/5*
AÑO	ESTACIÓN	MES	FECHA	DÍA	PAIS	CIUDAD	BARRIO	LUGAR	PISO		
*Tolerancia para fecha: +/-2 Cambio de estación: si el paciente dice la estación que acaba de finalizar, preguntar. ¿qué otra estación podría ser? Se puntúa 1 por respuesta correcta											
ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN					Cant. Ensayos.:		PUNTAJE PBA*:				
PELOTA	BANDERA	ÁRBOL									
(100-7) 93	86	79			72	65	PJE. CÁLCULO:				
**O	D	N			U	M	PJE. MUNDO*:				
*Preguntar al sujeto: cuánto es 100 menos 7? Luego de que el sujeto responda, pídale que reste otros 7 hasta un total de 5 restas. Si el sujeto se equivoca, continúe desde el valor respondido por el sujeto (ej. 93, 84, 77, 70, 63 score 4). Otorgue 1 punto solo a las respuestas correctas. *Pedir al sujeto que deletree la palabra `mundo`. Luego pedirle que lo haga al revés. El score es el número de letras en el orden correcto. Tomar el deletreo sólo si el participante comete al menos una falla en la tarea anterior. Tener en cuenta el mejor score de las dos pruebas											
MEMORIA											
PELOTA	BANDERA			ÁRBOL	DIF. PBA: /3*						
NOMBRES Y DIRECCIONES:	I	II	III								
LUIS				"Voy a decirle un nombre y una dirección y me gustaría que la repita después de mí. Vamos a hacerlo 3 veces, para que pueda aprenderlo. Luego se lo volveré a preguntar". Si el paciente empieza a repetir junto con examinador pedirle que espere hasta que haya terminado el examinador. Otorgue 1 punto por cada elemento recordado correctamente. Luego de puntuar el primer trial, realice la tarea dos veces más exactamente de la misma manera. Registrar la puntuación en cada trial. Para el score sólo cuenta el 3 trial.							
REYNAL											
PEDRO											
GOYENA											
420											
ROSARIO											
SANTA FE											
											AP. N Y D: /7
MEMORIA RETRÓGRADA:											
Presidente Actual					Papa /4						
La primer mujer presidente en la Argentina (década del 70)					Presidente estadounidense asesinado en la década del 60						

FLUENCIA VERBAL:**/14**

Fluencia Verbal Fonológica		Fluencia Verbal Semántica						
Pedir al sujeto: Voy a decirle una letra del abecedario y quisiera que usted generara/dijera la mayor cantidad de palabras que pueda con esa letra, pero que no sean nombres propios de personas o lugares. ¿Está listo? Tiene un minuto y la letra es P.		Decir al sujeto Ahora nombre todos los animales que pueda, comenzando con cualquier letra. El participante puede equivocarse y decir sólo nombres de animales que comiencen con la letra P, en ese caso repetir las instrucciones durante los 60 segundos, si es necesario.						
0 a 15"	30-45"	0-15"	30-45"					
15-30"	45-60"	15-30"	45-60"					
	TOTAL:		TOTAL:					
Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:		Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:						
P	>17	14-17	11-13	8-10	6-7	4-5	2-3	<2
Animales	>21	17-21	14-16	11-13	9-10	7-8	5-6	<5
Score	7	6	5	4	3	2	1	0

LENGUAJE**COMPRESIÓN**

CIERRE LOS OJOS	/1*
Tome este papel con su mano derecha. Dóblelo por la mitad. Luego póngalo en el suelo"	/3*
Otorgar 1 punto por cada orden correctamente realizada. No permita que el participante tome el papel antes que Ud. termine de decir las instrucciones	/1*

ESCRITURA

Pedir al sujeto piense una oración y escríbala en estos renglones. Si refiere no poder, sugerirle un tópico: por ejemplo del clima de la jornada. Otorgar 1 punto si la oración es escrita correctamente (sujeto-verbo) y si tiene sentido. No se considera correcto oraciones del tipo: Feliz cumpleaños, Lindo día.

REPETICIÓN PALABRAS								/2				
HIPOPÓTAMO		EXCENTRICIDAD		ININTELIGIBLE		ESTADÍSTICO						
Pedir al sujeto: repita cada una de las siguientes palabras después que yo las diga. Puntúe 2 si están todas correctas; 1 si 3 fueron correctas y 0 si solo leyó 2 correctas o menos.												
REPETICIÓN FRASES								/2				
EL FLAN TIENE FRUTILLAS Y FRAMBUESAS			(/1*)	LA ORQUESTA TOCÓ Y LA AUDIENCIA LA APLAUDIÓ								
DENOMINACIÓN								/12				
LÁPIZ*		RELOJ*		CANGURO		PINGÜINO		ANCLA		CAMELLO		(*/2)
ARPA		RINCOERONTE		BARRIL		CORONA		COCODRILO		ACORDEON		
COMPRENSIÓN								/4				
SEÑALE CUAL SE ASOCIA CON LA MONARQUÍA				CUAL SE PUEDE ENCONTRAR EN LA ANTÁRTIDA								
SEÑALE CUAL ES UN MARSUPIAL				CUAL SE RELACIONA CON LA NAÚTICA								
LECTURA IRREGULAR								/1				
JAZZ		LASSAGNA		JEAN		HIPPIE		JUMBO				
Solicitar al participante: lea cada una de las siguientes palabras y mostrarle al paciente las mismas. Otorgar 1 punto si todas las palabras son leídas correctamente												
HABILIDADES VISUOPESACIALES												
PENTÁGONOS*		NÚMEROS RELOJ				*MMSE:				/1		
CUBO		AGUJAS RELOJ										
ESFERA RELOJ		TOTAL RELOJ				PRAXIAS:				/8		
CONTEO PUNTOS										/4		
LETRAS INCOMPLETAS K M A T										/4		
DIFERIDO MEMORIA										/7		
LUIS					Este test solo debe realizarse si el sujeto no recordó todos los ítems en el subtest anterior. Si todos los ítems fueron recordados correctamente, no realice el test y puntúe 5. Si solo una parte fue recordada en el subtest anterior comience marcando con un tilde los datos recordados. Luego testee los ítems no recordados diciendo: "Bueno, le voy a dar algunas pistas: el hombre se llamaba X, Y o Z y así sucesivamente. Cada ítem reconocido cuenta un punto que se suma a los puntos recordados originalmente.							
REYNAL												
PEDRO												
GOYENA												
420												
ROSARIO												
SANTA FE												
RECONOCIMIENTO MEMORIA										/5		
LUCAS REYNAL			LUIS REYNAL			LUIS ROYAL						
PEDRO GALEANO			PABLO GOYENA			PEDRO GOYENA						
240			420			450						
CAPITAL FEDERAL			ROSARIO			RESISTENCIA						
SANTA FE			BUENOS AIRES			CHACO						

ORIENTACIÓN	/10	/10	Los valores normativos están basados en 63 controles cuya edad está entre 52 y 75 años y 142 pacientes con demencia entre 46 y 86 años. Cut-off <88 posee 94% sensibilidad y 89% de especificidad para demencia. Cut-off <82 tiene 84% sensibilidad y 100% de especificidad para demencia. En personas con menos de 12 años de educación el puntaje de corte es de 68.
ATENCIÓN	/08	/08	
MEMORIA	/26	/03	
FLUENCIA VERBAL	/14		
LENGUAJE	/26	/08	
HABILIDADES VISUOESPACIALES	/16	/01	
TOTAL ACE	/100	TOTAL MMSE: *	

Protocolo de psicología

- Nuestra primera aproximación es la entrevista, a partir de la misma nos acercamos al paciente con una orientación de cómo se deberá proceder en tanto los cuidados básicos según su cotidianeidad y encuadre familiar. Junto al equipo médico se analiza la epicrisis de derivación y se toma la escala Glasgow
- La escala es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala.

Es muy importante dar un tiempo de aclimatación al paciente para que se adapte fisiológicamente a los cambios en su medio ambiente y se oriente a las personas de su entorno.

En la medida que esto sucede, en días posteriores se evalúa nivel cognitivo mediante la toma del Test ACE-R.

¿Porque el Ace- r ?

- Porque tiene gran efectividad en **detección de demencias**
- Muestra las **áreas afectadas**
 - Orientación
 - Memoria
 - Atención
 - Fluencia verbal
 - Lenguaje



- Se llevan adelante actividades correspondientes a cada apartado, se obtiene un puntaje de cada uno, que luego se suman y se obtiene un puntaje total. Según esta referencia se considera si el paciente presenta algún grado de demencia o deterioro cognitivo.
- Se hace hincapié que es muy importante que el paciente se sienta cómodo en la institución y con el profesional tratante a fin de favorecer la toma correcta de cada ejercicio propuesto.

LO MÁS IMPORTANTE:

DETECTAR

ÁREA MÁS COMPROMETIDA

ÁREA DE MEJOR
RESULTADO

- En base a ello se piensan y se establecen los objetivos específicos de la rehabilitación.
- La información que aporta esta evaluación se conjuga con estudios neurológicos y clínicos a fin de especificar el diagnóstico, que como sabemos nunca es un criterio cerrado, sino una hipótesis de trabajo



Trastornos neuropsicológicos iniciales en la evaluación

AGNOSIA

Dificultad para reconocer forma de objetos, o sensaciones, es un trastorno de reconocimiento. La persona no puede reconocer visualmente los objetos .

Tipos:

- visuales (de colores, prosopagnosia).
- Somestésicas :anosagnosia (negación por parte del paciente de su hemiplejia), miembro fantasma y autoagnosia.
- Auditivas : verbal, ruidos, tonal, etc.

En el test se advierte rápidamente en la comprensión de consignas

AFASIA

Pérdida de la capacidad para el habla ocasionado por lesión cerebral en paciente que previamente podía hablar con normalidad.

- De Broca
- De Wernicke
- Anomica
- Global
- De conducción

APRAXIA

Dificultad para realizar movimientos adaptados a un fin determinado como escribir o peinarse, sin ser el paciente demente, agnóstico o presentar demencia. Es un trastorno de tipo ejecutivo.

Tipos : ideomotriz, ideatoria, constructiva-

En el test, se puede observar la dificultad para establecer relaciones espaciales correctas, copias de dibujos, etc.

Memoria y atención- Primeras impresiones

- Los trastornos que pueden interferir con el funcionamiento de la memoria son: depresión, trastorno de la atención, afasia y efectos sensoriales (visuales y auditivos)
- En la evaluación es importante determinar si existen otras alteraciones como apraxias, agnosias, y trastornos del lenguaje a fin de ajustar el diagnóstico. Y también aclarar si interfiere con la capacidad funcional del paciente (cotidianeidad)

- La capacidad de conservar y evocar hechos pasados puede verse alterada en nuestros pacientes de diversas maneras. Mediando amnesias como la eliminación parcial de hechos del pasado (amnesias retrogradas y ante retrogradas), fabulaciones («llenado» de lagunas amnésicas con producciones imaginarias)
- Otras patologías: hipermnesia, paramnesia, etc.
- El test mide memoria, atención, concentración, y memoria diferida (retención durante la ejecución de otras tareas).
- Los diferentes subtest determinan resultados que se suman a las demás funciones y nos dan una primera aproximación al diagnóstico del paciente. A los tres meses de la primer toma se repite (según el caso).

EVALUACION COGNITIVA

ATENCION

NORMAL HIPOPROSEXIA HIPERPROSEXIA COMA NE

PERCEPCION

NORMAL AGNOSIA ALUCINACION TIPO

TIEMPO Y ESPACIO: CONSERVADO SI NO

PENSAMIENTO

NORMAL BRADIPSIQUIA TAQUIPSIQUIA INCOHERENTE DELIRANTE CONFUSO

LENGUAJE

NORMAL BRADILALIA TAQUILALIA EMPORCADO DISARTRIA AFASIA NE

MEMORIA

NORMAL AMN. ANTEROGRADA A. RETROGRADA A. LACUNAR HIPERMESIA

ACTIVIDAD

EUBULIA HIPOBULIA HIPERBULIA ABULIA NE

AFECTIVIDAD

EUTIMIA HIPOTIMIA HIPERTIMIA APATIA NE

SUEÑO: CONSERVADO HIPERSOMNIA INSOMNIO DEAMBULADOR NOCTURNO

MMSE:

IMPRESIÓN DEL ESTADO COGNITIVO NORMAL DEFICIT LEVE MODERADO GRAVE

INDICACION TERAPEUTICA

REQUIERE PSICOTERAPIA SI NO

FRECUENCIA S Q M

SUGERENCIA DE INTERCONSULTA

PROFESIONAL A CARGO

Entrevista psiquiátrica

Dra. Ma. Cristina Suppo Vergara

Noviembre 2020



Entrevista: proceso por el cual se recogen los datos esenciales para el diagnóstico y se discuten las opciones terapéuticas.

Objetivos:

- ❑ Averiguar lo que le sucede al enfermos
- ❑ Realizar una historia clínica
- ❑ Proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad, su pronóstico y las alternativas de tratamiento a seguir.
- ❑ Establecer alianzas con el enfermo sobre el plan de tratamiento a seguir
- ❑ Establecer una relación adecuada entre paciente y médico

- *La exploración del estado mental es el equivalente a la exploración física en clínica médica.*
- *Se exploran diferentes áreas del estado mental.*



MOTIVO DE CONSULTA

Lo primero: Tratar de identificar las quejas de los pacientes y las consecuencias que le suponen (síntomas y deficiencias)

No siempre el paciente sabe el motivo de consulta

El análisis de los síntomas nos permite identificar un síndrome o un trastorno (para arribar a un diagnóstico muchas veces es necesario hacer exploraciones neuropsicológicas, analíticas...)

Las fuentes de información son diversas.

El análisis de las discapacidades nos permitirá identificar cómo interfiere la enfermedad en su vida personal y social.

Una **entrevista integral** se mueve en tres niveles diferenciados:

- 1) Nivel puramente orgánico, el de los síntomas y signos de la enfermedad(se complementa con exploraciones clínicas complementarias)
- 2) Nivel de funcionamiento del enfermo como individuo en un contexto social concreto(se revelan datos del estilo de vida sobre la enfermedad y viceversa)
- 3) Nivel del enfermo como persona (Marañón)
- 4) La evaluación psiquiátrica: debe ser objetiva, y podría servir hacerla en forma estructurada.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Descripción y comportamiento generales:

- **Apariencia:** se valora la impresión general física y emocional que transmite el paciente, incluyendo postura, comportamiento, salud física, aseo, expresión facial, vestimenta.
- **Actitud:** manera de relacionarse con el entrevistador(amigabilidad, desconfianza, madurez, hostilidad, cautela...)
- Conducta:** coordinación, agilidad, modo de andar, gestos

Sensorio y cognición

Conciencia: pleno conocimiento que tiene el individuo de sí mismo y del medio que lo rodea.

Presencia de estado de vigilia/ alerta y conocimiento y motivación para responder eventos de sí mismo o ambientales.

Componentes:

- Despertar o Arousal (nivel de activación / alerta).
- Contenido o Awareness (conocimiento de la conciencia), que engloba la suma de las funciones mentales y no existe si el paciente no está despierto.

Alteraciones de la conciencia:

CUANTITATIVAS:

- Compromiso de la percepción y la atención
- Alteración del nivel de alerta
- Alteración en la capacidad de razonar
- Desde extrema agitación hasta coma

CUALITATIVAS:

- Estados confusionales
- Estados crepusculares



Sensorio y cognición

Orientación: (...) “es el instrumento que le permite al sujeto comprender cada uno de los instantes de su vida en relación al pasado, al presente y al futuro, así como la ubicación en relación a los espacios que lo rodean, en relación a sí mismo y al contexto situacional”

Necesaria la indemnidad de las funciones psíquicas y de los órganos sensoriales:

- Autopsíquica
- En tiempo y espacio

Sensorio y cognición

Memoria: Permite a la vivencia quedar retenida y conservada en la psique, pudiendo ser posteriormente evocada.

Posibilita la conexión entre pasado, presente y futuro.

Sensorio y cognición

Atención: actitud mental mediante la cual es posible concentrar la actividad psíquica sobre un objetivo, que pasa a ocupar en la conciencia el punto de mayor concentración.

Mediador funcional indispensables de todos los procesos cognitivos.

Tipos:

- Espontánea
- Voluntaria
- Concentración

Alteraciones:

- Hiperprosexia
- Hipoprosexia

Lenguaje

Incluye:

- **Lenguaje hablado:** sonido, lenguaje
- **Comprensión**
- **Expresión, vocalización, fluidez:**
 - a) espontaneidad
 - b) cantidad
 - c) tipo de entonación y acento
 - d) articulación: por ej. disartria
 - e) precisión gramática y complejidad
 - f) anomalías específicas: repetición, rasgos estereotipados
 - g) gesticulación: imitación, comprensión, empleo adecuado,



PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

Mutismo: negativismo, ideas delirantes

- Trastornos del ritmo:

- * Taquilalia
- * Bradilalia
- * Musitación
- * Espasmofemia o tartamudez

- Trastornos de la articulación del lenguaje:

- * Disartria(lesiones motoras centrales)
- * Disfonias(lesiones en los espacios de fonación o respiratorios)
- * Dislalias: emisión defectuosa de sonidos

TRASTORNOS ITERATIVOS DEL LENGUAJE

- **Palilalia:** repetición uniforme de sílabas y palabras(en afasias y Parkinson)
- **Logoclonia:** repetición espasmódica de una sílaba en medio o el final de una palabra.
- **Estereotipia:** repetición de sílabas , palabras o frases en el marco de una perturbación psíquica general.

Adopta diversas formas:

- * Verbigeración
- * Coprolalia
- * Ecolalia

TRASTORNOS DE LA SIGNIFICACIÓN DEL LENGUAJE

- Neologismos
- Paralogismos
- Asintaxia o lenguaje telegráfico
- Esquizaofasia

Otros:

- lenguaje incoherente(obnubilaciones de conciencia)
- pararrspuestas
- parafasias(con conciencia)

PENSAMIENTO

Elaboración intelectual de los hechos.

Expresado por medio de un flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, que se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo verbal) o a través de la acción (pensamiento práctico).

Pensar: requiere intencionalidad o sea seguir una idea directriz

ALTERACIONES DEL CURSO DEL PENSAMIENTO

- Inhibido
- Enlentecido (bradipsiquia)
- Acelerado (taquipsiquia)
- Rigidez
- Viscosidad (dice lo mismo de distintas maneras)
- Prolijidad (detalles carentes de importancia)
- Divagatorio (no pierde el hilo)
- Perseveración (repetición sin sentido)
- Incoherencia (máximo desorden del curso)
- Disgregación (se pierde la idea directriz fragmentos comprensibles no conectados entre sí)
- Eco del pensamiento (escucha repetido lo que acaba de decir)
- Difusión del pensamiento (pérdidas en los límites del yo, piensa que el otro puede escuchar sus pensamientos)
- Rumiación
- Interceptación



ALTERACIÓN DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

- Idea obsesiva
- Idea fija
- Idea sobrevalorada
- Idea deliroide
- Idea delirante

ALTERACIONES CUANTITATIVAS DE LA SENSOPERCEPCIÓN

- **Aceleración de la percepción** (menor fijación mnémica y mayor riesgo de error perceptivo).
- **Retardo de la percepción** (Idem anterior)
- **Hiperestesia** (intensificación de la percepción)
- **Debilitamiento**

ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA SENSOPERCEPCIÓN

- **Ilusiones** (percepción falseada o distorsionado de un objeto real. Rectificable)
- **Alucinaciones** (percepción sin objeto real)
- **Pseudo-alucinaciones**

JUICIO

Actividad psíquica mediante la cual se realiza una síntesis mental que permite llegar a una conclusión extraída de la relación de la comparación de las ideas y conocimientos.

Es la elaboración del Pensamiento.

Funciona como filtro que depura los conocimientos para que sea la expresión fiel del deseo, la intención y del saber de la personalidad.



ALTERACIONES DEL JUICIO

- Insuficiente
- Debilitado
- Suspendido
- Desviado

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Hipertimia: placentera (manía, hipomanía)
displacentera (depresión)
- Hipotimia
- Aplanamiento (Demencias)
- Labilidad emocional
- Inestabilidad emocional
- Incontinencia (explosión)
- Anhedonia
- Ambibalencia



TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Alexitimia
- Abreacción (descarga emocional tras recordar una experiencia dolorosa)
- Eutimia
- Disforia
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Miedo
- Fobias
- Agitación
- Culpa/vergüenza



SUEÑO

- Función altamente sensible a las alteraciones emocionales
- Hipersomnias
- Insomnio:
 - * parcial o total
 - * de conciliación, tardío



ALTERACIONES DEL APETITO

Indicador de malestar



**¡Muchas
gracias!**

