

Semiología de las funciones psicológicas

P08/80521/02588



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

1. Introducción a la semiología.....	5
2. Psicopatología de la conciencia.....	7
3. Psicopatología de la atención y la orientación.....	15
3.1. Psicopatología de la atención	15
3.2. Psicopatología de la orientación	15
4. Psicopatología de la memoria.....	16
5. Psicopatología de la percepción.....	17
6. Psicopatología del pensamiento y el lenguaje.....	19
6.1. Psicopatología del pensamiento	19
6.2. Psicopatología del lenguaje	20
7. Psicopatología de la afectividad.....	22
8. Psicopatología de la psicomotricidad.....	23
Bibliografía.....	25

1. Introducción a la semiología

La **semiología** en psicopatología se ocupa del estudio de los signos y de los síntomas de las enfermedades mentales; por lo tanto, es fundamental para la realización de un buen diagnóstico y para la práctica clínica con el fin de determinar la situación clínica de un enfermo en un momento determinado y, consecuentemente, la evolución de su trastorno.

A lo largo de esta guía de semiología os iremos dando diferentes definiciones de los conceptos que debéis trabajar, y decimos **debéis trabajar**, puesto que con lo que os explicamos en la guía no hay suficiente, sino que para adquirir los conocimientos básicos y esenciales debéis consultar los capítulos de libros y las referencias bibliográficas obligatorias que os indicamos, al igual que las complementarias, pero que os aportan conocimientos para aprehender mejor los contenidos necesarios para un buen aprendizaje de la asignatura.

Todas las definiciones que hayan sido extraídas literalmente de un texto irán acompañadas de su referencia bibliográfica, bien indicando el autor entre paréntesis o con un subíndice de la cita.

Esta guía intenta ser muy esquemática y a la vez concisa con el fin de que podáis haceros una idea clara y concreta de los signos y síntomas principales de la psicopatología y que, por lo tanto, conforman los principales cuadros clínicos de los trastornos mentales.

En psicopatología oiréis hablar de signos, síntomas y síndromes. A continuación tenéis una serie de definiciones de estos términos:

Signo

Manifestación de una enfermedad, perceptible por el observador, que, una vez evaluada, será un factor del diagnóstico (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Manifestación objetiva de un proceso o estado patológico (Mesa Cid, 1999).

Ejemplos: temperatura elevada, taquicardia...

Síntoma

Cualquier fenómeno anormal, funcional o sensitivo, percibido por el enfermo, indicativo de enfermedad (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Tiene un carácter más subjetivo que el signo y se refiere a manifestaciones no observables directamente (Jarne et al., 2002).

Ejemplos: astenia, alucinaciones visuales...

Tipos de síntomas: primarios-secundarios, orgánicos-funcionales, categoriales-dimensionales.

Síndrome

Conjunto de signos y síntomas que caracterizan un proceso morboso. Estrictamente recibe el nombre de la enfermedad cuando se sabe la causa.

Cuadro clínico

Conjunto de signos y síntomas de una enfermedad, se utiliza cuando se describe la enfermedad y cuando todavía no la tenemos diagnosticada y tampoco sabemos la causa.

En los siguientes apartados, estudiaréis la psicopatología de los siguientes procesos cognitivos y funciones psicológicas, es decir, estudiaréis la semiología de la:

conciencia, orientación, atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, psicomotricidad, sueño, afectividad, ideación autolítica y agresividad.

Lecturas recomendadas

Diccionari Enciclopèdic de Medicina. (2000). Enciclopèdia Catalana. Barcelona.

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarin, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Universitat Oberta de Catalunya. Documento de Semiología.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General*. Madrid: Pirámide.

2. Psicopatología de la conciencia

La palabra *conciencia* viene del latín *conscientia* y hace referencia al conocimiento que acompaña a nuestras impresiones y acciones.

La conciencia es la primera función psicológica que se debe evaluar, ya que si está afectada, todo el resto de funciones psicológicas estarán alteradas.

Debemos tener en cuenta que la conducta de una persona con alteración de la conciencia puede ir desde la más absoluta inmovilidad de un estado de coma a una agitación extrema; las alteraciones de la conciencia se manifestarán en comportamientos verbales y motores patológicos (signos y síntomas).

Existen muchas definiciones de conciencia y a continuación tenéis algunas:

Percepción de la propia capacidad de respuesta ante los estímulos (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Propiedad de darse cuenta de la propia existencia, condición, sensaciones, operaciones mentales, actos... (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Tal como tenéis en el documento de semiología de los materiales UOC de la asignatura (podéis ver Jarne et al., 2002), en psicopatología se estudia la conciencia en dos acepciones:

- conciencia de aquello externo a uno mismo, es decir, la capacidad para captar el mundo externo, y
- conciencia del yo o la capacidad para captar el mundo interno y poseer el sentido de integridad.

Las alteraciones de la conciencia mayoritariamente suelen asociarse a patologías orgánicas cerebrales, es decir, a trastornos orgánicos, aunque no siempre. Por lo tanto, de entrada se deberá descartar un trastorno orgánico cerebral.

En la siguiente tabla tenéis estructurados los diferentes signos, síntomas y síndromes que conforman la semiología psicopatológica de la conciencia.

Tabla 1

	Conciencia de aquello externo a uno mismo	
--	--	--

Vigilancia o estado vigil (<i>arousal</i>)	Hipovigilancia Hipervigilancia	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia • Hipovigilancia Obnubilación • Sopor-estupor <ul style="list-style-type: none"> – Psiquiátrico – Orgánico • Coma
Claridad de conciencia Campo de conciencia	Cuadros confusionales Cuadros confusioñíricos Cuadros crepusculares	
	Conciencia del yo	
Conciencia del yo corporal	Anognosia y/o asomatognosia Despersonalización	
Conciencia del yo psíquico	Desrealización Trastorno de la identidad del yo	

Vigilancia o estado vigil (*arousal*):

Grado elevado de eficiencia en el nivel de la coordinación involuntaria, correspondiendo a la atención en el plano de los procesos psicológicos (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Es el estado psicológico del que depende el hecho de que seamos conscientes o no del mundo que nos rodea y de lo que sucede dentro de nosotros mismos (Butcher et al., 2006).

Lectura recomendada

J. N. Butcher, S. Mineka y J. M. Hooley (2006) *Psicología Clínica* (12.^a edición). Madrid: Pearson.

Evalúa el estado de la conciencia cualitativamente, ya que explora el nivel de conciencia.

Clásicamente se han clasificado los niveles o grados de conciencia en VI grados teniendo en cuenta las distintas oscilaciones de la vigilancia o estado vigil tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2

Grado	Aspecto subjetivo	Aspecto objetivo	EEG
I	Vigilancia excesiva: durante emociones fuertes no existe adaptación óptima a la realidad. La atención no se puede fijar, es débil y difusa.	Conducta ineficaz: pobre adaptación y escaso autocontrol.	Desincronización: amplitud media o baja, frecuencias rápidas.
II	Vigilancia atenta: flexibilidad y selectividad de acción.	Conducta eficaz: autocontrol y adaptación.	Sincronización parcial: amplitud baja, frecuencia rápida.
III	Vigilancia relajada: atención flotante, asociaciones libres de pensamiento y disminución de la conciencia del mundo.	Conducta relajada: buena adaptación relativa, tendencia a actitudes automáticas.	Sincronización: ritmo alfa óptimo.

Grado	Aspecto subjetivo	Aspecto objetivo	EEG
IV	Somnolencia: atenuación en el proceso perceptivo.	Adormecimiento: conducta pobre y desadaptada, mala coordinación y desorientación.	Ondas lentas: disminuye el ritmo alfa y aparecen ondas de baja amplitud (beta).
V	Sueño ligero: mínima percepción de la realidad.	Inmovilidad: no existe adaptación al mundo exterior.	Ondas fusiformes: voltaje bajo y algo rápido.
VI	Sueño profundo: nula percepción de los estímulos externos.	Inmovilidad: no existe adaptación al mundo exterior	Ondas delta: gran amplitud y lentitud.

Tabla extraída de P. J. Mesa Cid y J. F. Rodríguez Testal (2007). *Manual de Psicopatología General*. Madrid. Pirámide.

Hipovigilancia

La vigilancia o estado vigil está disminuida o puede estarlo en diferentes niveles.

Somnolencia

Estado intermedio entre el sueño y la víspera en el que la persona no ha perdido del todo la conciencia (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

La persona se muestra apática, si no se le estimula, se duerme, está parcialmente orientada con posibilidad de errores, aparece una reducción de los movimientos espontáneos y se conserva la respuesta al dolor, los reflejos y el tono muscular.

Se da principalmente en: ingesta de sustancias tóxicas, falta de descanso, intoxicaciones, variación circadiana normal, insolaciones, efectos secundarios de algunos fármacos, cuadros pre-migrañosos...

Obnubilación

Turbiedad y lentitud de pensamiento (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Claridad mental incompleta con alteraciones perceptivas y en las actitudes (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Lectura recomendada

H. Kaplan, J. Sadock, y J. Grebb (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición). Madrid: Panamericana.

La persona se muestra con una gran tendencia a dormirse, atención desordenada, gran lentitud motora, manifestaciones verbales mínimas (sí, no), obediencia de órdenes sencillas de manera descoordinada, conservación de respuesta al dolor y reflejos pero disminución del tono muscular.

Se da principalmente en: trastornos orgánicos (alteraciones del SNC), intoxicaciones, ingesta de sustancias tóxicas (cannabis, alcohol...), traumatismos craneales (TCE), hipertensión endocraneal, isquemias o trastornos del riego cerebral, hipoxias, crisis epilépticas, meningitis, encefalitis.

Hay que valorar una posible ingesta de fármacos cuando hay riesgo de intentos de autolisis.

Sopor-estupor

Estado intermedio entre el amodorramiento (adormecimiento) y el coma (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina, 2000*).

Estado de inconsciencia parcial con ausencia de movimientos y sin reacción a estímulos (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina, 2000*).

Falta de reactividad y desconexión con el entorno (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Estado de obnubilación más profundo y, por lo tanto, con un nivel más bajo de vigilancia y funciones más inhibidas (Jarne et al., 2002).

Se da principalmente: lo mismo que en la obnubilación, y además, el síndrome de estupor en los trastornos depresivo y la esquizofrenia catatónica en fase inhibida.

Coma

Es la ausencia total de respuesta a estímulos externos o internos, incluso los más intensos; es el nivel de conciencia nulo.

Existen diferentes niveles del estado de coma en el que puede estar una persona y se miden por la Escala de Glasgow; el nivel más grave es la muerte cerebral.

Hipervigilancia

Escala de Glasgow

La escala de Glasgow fue creada en 1974 por Teasdale con el fin de proporcionar un método sencillo para valorar el nivel de conciencia de las personas que habían sufrido un traumatismo craneal (TCE).

La vigilancia o estado vigil está altamente aumentada.

Es un estado caracterizado por un exceso del nivel de alerta secundario a la hiperactivación de los sistemas neurofisiológicos que modulan la víspera y la atención (5).

La persona muestra: taquipsiquia, logorrea, mayor asociación de ideas de manera desordenada, percepciones más vivas, impresión subjetiva de más agilidad mental y más memoria e hiperactividad motora.

Se da principalmente en: ingesta de sustancias tóxicas (cocaína, anfetaminas, bebidas estimulantes, exceso de cafeína y derivados, éxtasis, tripis, pastillas, etc.) y alucinógenos.

Fases de manía e hipomanía de los trastornos bipolares, síndrome de excitación en el contexto de episodio de descompensación aguda esquizofrénica y en los períodos iniciales de algunas esquizofrenias.

Claridad de conciencia

Es la claridad con la que la persona percibe los estímulos del ambiente, por lo tanto se evalúa el estado de la conciencia en un sentido cualitativo.

Cuadros confusionales

Se componen siempre de dos elementos: un grado variable de obnubilación y una actividad desordenada, fantástica o limitada de la conciencia, que puede provocar una afectación total o parcial de ésta (Mesa Cid, 2007).

Cuadros confusooníricos

Son cuadros confusionales en los que se añade la siguiente sintomatología:

- Pensamiento desorganizado e incoherente, trastornos de la percepción (alucinaciones y/o ilusiones), agitación psicomotora, hiperactividad vegetativa (sudoración, taquicardia, bradicardia, hiperventilación, dilatación pupilar, etc.), trastornos y/o vigilia.

Se dan principalmente en: trastornos orgánicos del SNC, intoxicaciones, síndromes de privación y abstinencia a sustancias.

Campo de conciencia

Se trata de un trastorno cualitativo, dado que exploramos la extensión del campo en el que se percibe el ambiente, es decir, se evalúan las limitaciones en la extensión y la cantidad de estímulos externos a los que la conciencia tiene acceso.

Cuadros crepusculares

Es un estado confusional *parcial*, que consiste en un estrechamiento del campo de la conciencia, con disminución de respuestas a estímulos externos y pensamientos confusos en grado variable en el que el paciente enfoca exclusivamente su atención hacia determinadas vivencias interiores a la vez que disminuye la atención hacia su entorno (Mesa Cid, 2007).

El resultado final es un estado de conciencia hipovigilante y confuso.

La sintomatología de los estados crepusculares es muy variada dependiendo del grado de afectación de la conciencia:

- Conductas automáticas en los campos hacia los que se considera que la conciencia está abierta.
- Afectividad centrada en una emoción que experimenta con gran intensidad.
- Disminución de la atención hacia los estímulos y campos de conciencia.

Estos cuadros duran pocos minutos y suelen acabar en sueño con amnesia con respecto al cuadro cuando la persona despierta.

Se dan principalmente en: trastornos orgánicos cerebrales (epilepsia, TCE, etc.), trastornos del sueño (sonambulismo, parasomnias, terror nocturno, etc.), trastornos disociativos (histeria de disociación, trastorno de identidad disociativo, amnesia disociativa), en la pseudodemencia y en las reacciones agudas postraumáticas.

Conciencia del yo

La conciencia del yo es el modo como las personas nos vemos a nosotras mismas tanto a nivel físico (yo corporal), como a nivel mental (yo psíquico).

Conciencia del yo corporal

La persona percibe mal su físico, bien de manera global, bien de manera parcial.

- **Asomatognosia:** pérdida de la conciencia de una parte o de la totalidad del propio cuerpo. Cuando se refiere a una mitad del cuerpo se habla de hemiasomatognosia (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina, 2000*).

Se presenta principalmente en: trastornos orgánocerebrales (accidentes cerebrovasculares, síndrome de Gerstman, etc.).

- **Anosognosia:** se produce cuando la persona no tiene percepción y no admite sus déficits funcionales generalmente neurológicos (no se debe confundir con la negación).

Se presenta principalmente en: deterioro de las funciones ejecutivas por daño en el lóbulo frontal, síndrome de Korsakoff, ceguera cortical, etc.

Conciencia del yo psíquico

La persona percibe mal su realidad psíquica, bien de manera global, bien de manera parcial; es una pérdida de la continuidad de la propia identidad.

Despersonalización

Sensación de extrañeza con respecto a la propia realidad psíquica, generalmente acompañada de angustia y miedo.

Síntomas: sentimiento de extrañeza y de estar alejado de uno mismo, sensación de pensar y percibir como si fuera otra persona y de que puede salir del cuerpo y verse a sí mismo, impresión de que las palabras y los pensamientos ven desde fuera, etc.

Desrealización

Importante

No hay que confundir la despersonalización con el trastorno por despersonalización (300.6 DSM-IV-TR).

Sensación de extrañeza con respecto al ambiente habitual de la persona, generalmente acompañada de angustia y miedo.

Síntomas: sentimiento de extrañeza en ambientes conocidos, impresión de que las cosas han cambiado aunque no se sabe concretar en qué.

La despersonalización y la desrealización se dan principalmente en: trastornos de ansiedad (crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático), trastorno de despersonalización, depresión mayor, cuadros de intoxicación (cannabis, alucinógenos, etc.), situaciones de fatiga y estrés, etc.

Trastorno de identidad del yo

Extrañeza de la propia identidad y vivencia de que ésta no es real o ha sido cambiada.

Se presenta principalmente en: fase inicial de la esquizofrenia, cuadros de intoxicación (cannabis, alucinógenos, etc.), fuga psicógena, etc.

3. Psicopatología de la atención y la orientación

En el apartado 2 habéis visto de manera más concisa cómo se debe estudiar un apartado, es decir, tenéis desarrollado más concretamente el tema que se ha de trabajar, por lo que habéis podido ver de manera más "práctica" cómo debéis "trabajar" con esta guía los contenidos de la asignatura.

A partir de ahora la exposición de los contenidos no será tan minuciosa, dado que se os darán las fuentes que debéis consultar y los pasos que debéis seguir con tal de alcanzar los contenidos, es decir, viajaréis por la asignatura de Psicopatología con esta "guía de estudio" (como si se tratara de una "guía de viaje").

Dispondréis de un esquema de los principales conceptos que se deben estudiar y sabréis los "espacios" que debéis consultar con el fin de alcanzar los conocimientos básicos (lecturas obligatorias y lecturas complementarias).

3.1. Psicopatología de la atención

La atención es una función psicológica que cuando está alterada afecta de manera muy importante al procesamiento de la información.

Las alteraciones de la atención son muy frecuentes y se deben evaluar desde los puntos de vista del volumen, la estabilidad y la oscilación.

- **Hipoprosexia:** atención disminuida (inhibición de la atención, labilidad atenta y distrabilidad).
- **Aprosexia:** grado más intenso de atención disminuida
- **Hiperprosexia:** atención aumentada
- **Paroprosexia:** atención desviada

3.2. Psicopatología de la orientación

Cuando hablamos de orientación nos referimos a que la persona sepa situarse en el espacio, el tiempo y la situación.

- **Orientación temporal:** en el tiempo.
- **Orientación espacial:** en el espacio.
- **Orientación alopsíquica:** situacional.

Ved también

Estudiaréis la lista de los principales trastornos asociados a la semiología de la atención y la orientación.

4. Psicopatología de la memoria

- Alteraciones cuantitativas:
 - Amnesia: pérdida de la memoria
 - Hipermnesia: aumento de la capacidad de evocación
- Alteraciones cualitativas
 - Paramnesia: alteración con respecto a la calidad y/o tipo de recuerdo

Tabla 3. Sinopsis de los trastornos de la memoria

Amnesias	Anterógradas o de fijación	En la obnubilación de la conciencia. En síndromes orgánico-cerebrales.
	Retrógradas	Global Lacunar Postraumática Selectiva
	De evocación	
Hipermnesias	Pseudohipermnesias	
	Criptomnesia	
	Ecmnesia	
Paramnesias	Falsos reconocimientos	
	Confabulaciones	
	Mentiras patológicas o pseudología fantástica	
	Dejà vue	
	Jamais vue	

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología de la memoria.

Fe de erratas

En la página 11 de los *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*, "documento de Semiología", en el apartado "Semiología de la memoria, alteraciones de la memoria", en el segundo apartado, donde se lee "alteraciones cuantitativas", en realidad debemos encontrar "alteraciones cualitativas".

5. Psicopatología de la percepción

Intensidad de la percepción

- Hiperestesia
- Hipoestesia

Alteraciones de la percepción

- Ilusiones
- Alucinaciones
 - Simples
 - Complejas
 - Auditivas
 - Visuales
 - Táctiles
 - Cenestésicas
 - Gustativas
 - Olfativas
- Pseudoalucinaciones
- Otras alteraciones
 - Autoscopia
 - Policopia
 - Metamorfopsia
 - Imagen idéntica
 - Alucinaciones hipnopómpicas
 - Alucinaciones hipnagógicas

En este apartado, es muy importante que os quede muy clara la diferencia entre ilusión y alucinación.

Ilusión: es una mala interpretación de una percepción real, es decir, la persona interpreta un estímulo real de manera equivocada y se convierte en un error perceptivo.

Ejemplo

Una persona "ve" que el maniquí de un escaparate se mueve y lo saluda con la mano. El maniquí está ahí, por lo tanto, es una ilusión, en este caso visual.

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología de la percepción.

Alucinación: percepción de un objeto o de un estímulo inexistentes considerados por la persona como reales.

Ejemplo

Una persona "ve" a otra persona que se mueve y la saluda con la mano en un lugar donde no hay nadie ni nada.
En ese lugar no hay nadie ni nada, por lo tanto, es una alucinación, en este caso visual.

6. Psicopatología del pensamiento y el lenguaje

6.1. Psicopatología del pensamiento

Trastornos formales y/o del curso del pensamiento

- Bradipsiquia
- Taquipsiquia
- Fuga de ideas
- Disgregación
- Incoherencia
- Perseveración
- Bloqueos del pensamiento
- Asociaciones laxas o ilógicas
- Tangencialidad
- Circunstancialidad
- Distrabilidad
- Divagación
- Pensamiento prolijo

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología del pensamiento.

Trastornos del contenido del pensamiento

- Preocupaciones, temores, dudas
- Ideas sobrevaloradas
- Ideas fijas
- Fobias
- Obsesiones
- Ideas delirantes: éstas pueden formar parte de un **delirio alucinatorio**.
Pueden ser:
 - simples o complejas
 - primarias o secundarias
- Delirios:
 - Agudos, crónicos o con evolución deficitaria
 - Estructurados, no estructurados, semiestructurados
 - Primario o secundario
 - Base real, base no real
 - Sistematizado no sistematizado
 - Individuales, compartidos (*folie à deux*)
- Temática delirante:
 - Autorreferencia
 - Persecución

- Autoacusación
- Influencia
- Grandiosidad
- Celos
- Nihilista
- Invención
- Perjuicio
- Somática-hipocondríaca
- Erótica
- Querulante
- Mística
- Significación
- Ruina
- Capgras o ilusión de Sosias

6.2. Psicopatología del lenguaje

Comunicación no verbal

- Hiponimia
- Amimia

Comunicación verbal

- Pobreza del lenguaje
- Verborrea
- Estereotipos verbales
- Palilalia
- Ecolalia
- Mutismo
- Neologismos
- Pararrespuestas
- Bradifasia
- Aumento latencia de respuesta
- Disfemia
- Presión del habla
- Parafemia
- Logoclonia
- Verbigeración
- Coprolalia
- Paralogismos
- Glosomanía
- Glosolalia
- Parapragmatismo
- Ensalada de palabras

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología del lenguaje.

- Descarrilamiento

Alteraciones básicamente de origen neurológico:

- Afasias:
 - afasia motora o de Broca
 - afasia sensorial o de Wernicke
 - afasia mixta (motora + sensorial)
 - afasia transcortical
 - afasias psicógenas
- Trastornos en la articulación del lenguaje:
 - disartria
 - disfonías
 - dislalias

7. Psicopatología de la afectividad

Conceptos básicos

- Emoción
- Sentimiento
- Afecto
- Humor
- Afectividad

Elementos de una emoción

(De Kleinginna y Kleinginna, 1981)

- Apreciaciones cognitivas de la situación
- Estados sentimentales subjetivos
- Alteraciones fisiológicas
- Tendencias motivacionales
- Comportamiento expresivo
- Conducta instrumental

Alteraciones de la afectividad

- Ansiedad y angustia
- Tristeza patológica
- Euforia patológica
- Anhedonia
- Paratimia o inadecuación afectiva
- Labilidad emocional
- Disforia
- Ambivalencia o ambitimia
- Incontinencia afectiva
- Neotimia
- Alexitimia
- Rigidez afectiva
- Frialdad o indiferencia afectiva
- Distimia
- Aprosodias

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología de la afectividad.

Síndromes afectivos

- Síndrome depresivo
- Síndrome maniaco
- Síndrome o estado mixto

8. Psicopatología de la psicomotricidad

Principales trastornos psicomotrices

Agitación psicomotriz

- Hiperactividad
- Inquietud
- Excitación
- Agitación

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología de la psicomotricidad.

Disminución actividad psicomotriz

- Moderación o retraso psicomotor
- Mutismo
- Negativismo
- Estupor
- Catatonia
- Inhibición psicomotora

Otros trastornos psicomotrices

- Estereotipias
- Manierismos
- Tics
- Temblores
- Convulsiones
- Ecopraxia
- Automatismos
- Parkinsonismo
- Acatisia
- Distonía
- Corea
- Atetosis
- Balismo
- Discinesia tardía
- Mioclonias
- Apraxias

Bibliografía

Bibliografía general

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed.). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª edición). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas obligatorias del apartado 1

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología* (Documento de Semiología, p. 3-4). Universitat Oberta de Catalunya.

Lecturas complementarias del apartado 1

APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado* (Apéndice C. Glosario de términos técnicos, p. 913-922). Barcelona: Masson.

Kaplan, H., Sadock J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Lecturas obligatorias del apartado 2

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la consciencia, p. 4-9). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6a Edició) (cap. 11, Psicopatología de la consciencia). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 2

Kalat, J. W. (2004). *Psicología Biológica* (8.ª edición) (apt. Consciencia e inconsciencia, experiencia consciente y subliminal, p. 196-201). Madrid: Thomson.

Kaplan, H., Sadock J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Luque, R. y Villagrán, J. M. (2000). *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (apt. Despersonalización: aspectos psicopatológicos, p. 249-263). Madrid. Trotta.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 2, Psicopatología de la consciencia). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 3

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la orientación y la atención, p. 9-11). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª edición) (cap. 12, Psicopatología de la atención y la orientación). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 3

Belloch A., Sandin B., y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volum 1; cap. 5, Psicopatología de la atención). Madrid: Mc Graw Hill.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (apt. Trastornos de la atención. Trastornos de la orientación en el tiempo y espacio, p. 106-111). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 4

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la memoria, p. 11-17). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. (6.ª edición) (cap. 13, Psicopatología de la memoria). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 4

Belloch A., Sandin B., y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1; cap. 7, Psicopatología de la memoria). Madrid: Mc Graw Hill.

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (apt. Semiología de los trastornos de la memoria, p. 185-198). Barcelona: Masson.

Kalat, J. W. (2004). *Psicología Biológica* (8.ª edición) (cap. 13, Biología del aprendizaje y la memoria). Madrid: Thomson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 5, Psicopatología de la memoria). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 5

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la percepción, p. 17-21). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. (6.ª edición) (cap. 14, Psicopatología de la percepción). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 5

Belloch A., Sandin B., y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1; cap. 6, Psicopatología de la percepción y de la imaginación). Madrid: Mc Graw Hill.

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (cap. 19, Neuropsicología de las ilusiones y de las alucinaciones). Barcelona: Masson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Luque, R. y Villagrán, J. M. (2000). *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (apt. Alucinaciones y otras pseudopercepciones, p. 295-335). Madrid: Trotta.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 3, Psicopatología de la percepción y la imaginación). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 6:

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología del pensamiento y del lenguaje, p. 21-32). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª Edición) (cap. 15, Trastornos del pensamiento y del lenguaje). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 6

Belloch A., Sandin B., y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1) (cap. 8, Psicopatología del pensamiento (I): Los trastornos formales del pensamiento). Madrid: Mc Graw Hill.

Belloch, A., Sandin, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1; cap. 9, Psicopatología del pensamiento (II): Los delirios). Madrid: Mc Graw Hill.

Belloch, A., Sandin, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1; cap. 10, Psicopatología del lenguaje). Madrid: Mc Graw Hill.

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (cap. 2, Afasias). Barcelona: Masson.

Kalat, J. W. (2004). *Psicología Biológica* (8.ª edición) (cap. 14, Lateralización y lenguaje). Madrid: Thomson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 4, Psicopatología del pensamiento y del lenguaje). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 7

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la afectividad, p. 38-41). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed.) (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª edición) (cap. 16, Psicopatología de la afectividad). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 7

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (cap. 17, Neuropsicología de las emociones). Barcelona: Masson.

Kalat, J. W. (2004). *Psicología Biológica* (8.ª edición) (cap. 11, Comportamientos emocionales). Madrid: Thomson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 7, Psicopatología de la afectividad). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 8

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la motricidad, p. 32-35). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed.) (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª edición) (cap. 17, Psicopatología de la motricidad). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 8

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (cap. 5, Apraxias). Barcelona: Masson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 7, Psicopatología de las conductas motoras). Madrid: Pirámide.

