



Manual de valoración de las funciones mentales

Elsa Mariño S.
Marcela Pabón G.



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE
Editorial

Manual de valoración de las funciones mentales

© Universidad El Bosque
© Editorial Universidad El Bosque
© Elsa Mariño S.
© Marcela Pabón G.

Rectora: María Clara Rangel Galvis

Primera edición: septiembre de 2011
Segunda edición: septiembre de 2023

ISBN: 978-958-739-355-2 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-357-6 (Digital e-book)
ISBN: 978-958-739-356-9 (Digital PDF)

Editor Universidad El Bosque: Miller Alejandro Gallego Cataño

Coordinación editorial: Dayan Garzón Martínez
Corrección de estilo: Editorial Universidad El Bosque
Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto Abello
Ilustraciones: Ricardo Correa Sepúlveda

Vicerrectoría de Investigaciones
Editorial Universidad El Bosque
Av. Cra 9 n.º 131A-02, Bloque A, 6.º piso
+57 (601) 648 9000, ext. 1352
editorial@unbosque.edu.co
www.investigaciones.unbosque.edu.co/editorial

Facultad de Enfermería

Bogotá D.C., Colombia
Septiembre de 2023

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad El Bosque.

Universidad El Bosque | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Resolución 327 del 5 de febrero de 1997, MEN. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4 de agosto de 1978, MEN. Reacreditación institucional de alta calidad: Resolución 13172 del 17 de julio de 2020, MEN.

Esta publicación ha sido editada conforme con los parámetros establecidos por el sello Editorial Universidad El Bosque, y cumple en su totalidad con los criterios de normalización bibliográfica que garantizan su calidad científica y sus aportes al área de conocimiento respectiva.

Mariño S., Elsa
610.73 M174

Manual de valoración de las funciones mentales / Elsa Mariño S.; ilustraciones: Ricardo Correa Sepúlveda; edición: Miller Alejandro Gallego Cataño. -- Bogotá (Colombia): Editorial Universidad El Bosque, Universidad El Bosque, 2023.

156 páginas.

ISBN: 978-958-739-355-2 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-357-6 (Digital e-book)
ISBN: 978-958-739-356-9 (Digital PDF)

1. Enfermería - Toma de decisiones 2. Valoración de enfermería 3. Estudios de caso 4. Educación en salud mental.

I. Mariño S., Elsa II. Correa Sepúlveda, Ricardo III. Gallego Cataño, Miller Alejandro IV. Editorial Universidad El Bosque.

Fuente. SCDD 23aed. – Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (septiembre de 2023) - FA

Manual de valoración de las funciones mentales

Elsa Mariño S.
Marcela Pabón G.



Contenido

•	Introducción	11
1	Orientaciones generales	15
2	Funciones mentales	19
	2.1. Funciones de relación	21
	2.1.1. Porte y actitud	23
	2.1.1.1. Valoración del porte y la actitud	24
	2.1.1.2. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	26
	2.1.2. Conciencia	29
	2.1.2.1. Valoración de la conciencia	30
	2.1.2.2. Trastornos de la conciencia	32
	2.1.2.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	37
	2.1.3. Orientación	39
	2.1.3.1. Valoración de la orientación	40
	2.1.3.2. Trastornos de la orientación	40
	2.1.3.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	41
	2.1.4. Atención	43
	2.1.4.1. Valoración de la atención	44
	2.1.4.2. Trastornos de la atención	44
	2.1.4.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	46
	2.1.5. Sueño	49
	2.1.5.1. Valoración del sueño	50
	2.1.5.2. Trastornos del sueño	51
	2.1.5.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	57

2.2. Funciones cognoscitivas	59
2.2.1. Sensopercepción	61
2.2.1.1. Valoración de la sensopercepción	62
2.2.1.2. Trastornos de la sensopercepción	64
2.2.1.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	69
2.2.2. Pensamiento	71
2.2.2.1. Valoración del pensamiento	72
2.2.2.2. Trastornos del pensamiento	73
2.2.2.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	82
2.2.3. Lenguaje	85
2.2.3.1. Valoración del lenguaje	88
2.2.3.2. Trastornos del lenguaje	88
2.2.3.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	96
2.2.4. Memoria	99
2.2.4.1. Valoración de la memoria	101
2.2.4.2. Trastornos de la memoria	102
2.2.4.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	105

2.3. Funciones de la esfera afectiva	107
2.3.1. Afectividad	109
2.3.1.1. Valoración de la afectividad	110
2.3.1.2. Trastornos de la afectividad	111
2.3.1.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	118

2.4. Funciones del control ejecutivo	119
2.4.1. Conducta psicomotora	121
2.4.1.1. Valoración de la conducta psicomotora	122
2.4.1.2. Trastornos de la conducta psicomotora	122
2.4.1.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	130
2.5. Funciones superiores de síntesis	131
2.5.1. Inteligencia	133
2.5.1.1. Valoración de la inteligencia	134
2.5.1.2. Trastornos de la inteligencia	135
2.5.1.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	137
2.5.2. Juicio y raciocinio	139
2.5.2.1. Valoración del juicio y el raciocinio	140
2.5.2.2. Trastornos del juicio y el raciocinio	141
2.5.2.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería	142
3 Estudios de caso	145
3.1. Estudio de caso No.1	146
3.2. Estudio de caso No. 2	148
3.3. Respuestas de los estudios de caso	150
3.3.1. Estudio de caso No.1	150
3.3.2. Estudio de caso No. 2	151
• Bibliografía	153
• Autoras	

Introducción

A lo largo de los años, el concepto de salud ha evolucionado, pasando de una visión exclusivamente biomédica a una perspectiva más integral y holística que contempla no solo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, socioculturales y espirituales. Esta nueva concepción ha destacado la importancia de valorar y cuidar la salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es “una parte integral de nuestra salud y bienestar generales y un derecho humano fundamental. La salud mental significa ser más capaces de relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades y prosperar” (OMS, 2022, p. 14).

Por lo tanto, es fundamental que exista un equilibrio adecuado entre la persona y su entorno sociocultural. De esta forma, podrá interactuar con su medio de manera beneficiosa para sí misma y su comunidad.

La Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque tiene un compromiso con la formación integral de sus estudiantes y la excelencia del profesional de enfermería. Basándose en esta premisa y en la evolución del concepto de salud mental, las autoras presentan la segunda edición del *Manual de valoración de funciones mentales*. Este manual se enfoca en las etapas de valoración y diagnóstico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El PAE es un método científico, sistematizado y humanista que permite identificar el estado de salud de la persona, así como desarrollar un sistema homogéneo y estructurado que gestione las actividades de cuidado del profesional de enfermería y asegure su calidad. Este método consta de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración es un proceso que permite identificar y aclarar la situación de salud de la persona. Los datos se obtienen a través de información subjetiva y objetiva, así:

- La información subjetiva es proporcionada por el sujeto y las personas cercanas a él.
- La información objetiva es observada por el personal de salud y las personas relacionadas con el individuo. Asimismo, se puede obtener al revisar la historia clínica del paciente.

La valoración permite identificar las necesidades en salud mental, así como establecer un diagnóstico de enfermería preciso. Este es el segundo paso del PAE y constituye la base para seleccionar las intervenciones de cuidado adecuadas.

Las autoras cuentan con una amplia experiencia académica y clínica en el ámbito de la salud mental, lo que, sumado a las recomendaciones de los estudiantes y los docentes a la primera edición del *Manual de valoración de las funciones mentales*, las ha llevado a lanzar una segunda edición, la cual facilita la valoración de las funciones mentales y el establecimiento de posibles diagnósticos de enfermería. Este manual es una herramienta guía que permite llevar a cabo una valoración ordenada y completa de las funciones mentales en el adulto, que es una parte fundamental de la valoración integral en enfermería.

Esta edición aclara, profundiza y actualiza las definiciones de las funciones mentales y las situaciones de salud asociadas a ellas. Las funciones mentales se organizan de acuerdo con la siguiente clasificación: de relación, cognoscitivas, de la esfera afectiva, del control ejecutivo y de síntesis.

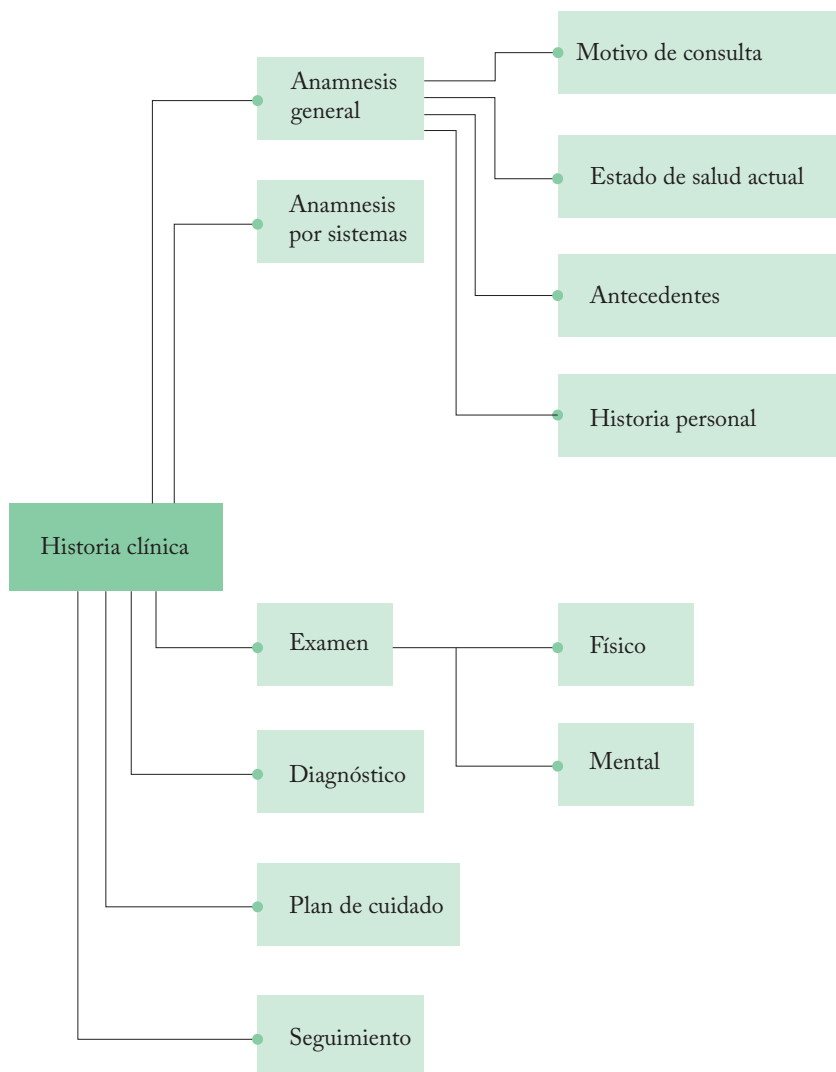
En el *Manual de valoración de las funciones mentales*, las autoras presentan algunos ejemplos de diagnósticos de enfermería para cada función mental. Además, al final del manual, se incluyen casos que permiten identificar algunas alteraciones en las funciones mentales, así como los trastornos correspondientes y los posibles diagnósticos de enfermería asociados.

Al incluir esta información, las autoras esperan que este manual contribuya a la formación y desempeño del profesional

de enfermería en lo que respecta a la valoración mental de las personas. De esta manera, también podrán fortalecer la atención integral.

Figura 1

Historia clínica en salud mental





1.

Orientaciones generales

La valoración en salud mental integra el estudio de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Para llevar a cabo esta valoración, es necesario realizar la historia clínica completa mediante una entrevista al paciente, a la familia o a los cuidadores, utilizando herramientas como la observación, la comunicación, la auscultación, la palpación, la percusión y la revisión documental. En términos generales, la elaboración de una historia clínica en salud mental no difiere de la de una historia clínica convencional.

En la anamnesis general se debe consignar la siguiente información:

- Los datos de identificación del paciente;
- el motivo de consulta;
- la enfermedad actual;
- los antecedentes personales y familiares;
- la historia personal y del desarrollo.

Posteriormente, se efectúa la anamnesis por sistemas y el examen físico, incluidos los signos vitales y el estado neurológico.

El examen mental corresponde a una descripción detallada de las funciones mentales, que pueden agruparse en funciones de relación, cognoscitivas, de la esfera afectiva o del humor, del control ejecutivo y de síntesis (Téllez-Vargas, 2003).

A partir de la información recopilada, se podrán elaborar diagnósticos sobre el estado de salud del individuo. Estos diagnósticos permitirán que se establezca un plan de cuidado de enfermería, el cual será evaluado posteriormente.

Sin embargo, cuando se elabora una historia clínica en salud mental, es necesario profundizar en ciertos aspectos para lograr una comprensión biográfica más completa. Por ejemplo,

- La personalidad premórbida;
- la presencia de factores protectores, precipitantes y desencadenantes del estado de salud actual;

- las etapas del desarrollo y de las relaciones interpersonales;
- el estilo de vida;
- los antecedentes de trastornos de salud mental;
- el uso de sustancias psicoactivas;
- los antecedentes de hospitalizaciones en instituciones especializadas en el tratamiento de la salud mental;
- los antecedentes de suicidio.

Es importante tener en cuenta que, antes de comenzar a consignar los datos, se debe anotar la fecha y hora en la que se recolecta la información. De esta forma, se facilitará un seguimiento detallado de la evolución del estado de salud del individuo.

En un principio, los datos de la historia tendrán que obtenerse directamente del individuo, por lo que es importante indicar su grado de confiabilidad. No obstante, si sus condiciones no lo permiten —por ejemplo, si no colabora en la entrevista, si presenta alteraciones en su estado de conciencia o trastornos de memoria—, se deberá entrevistar primero a los acompañantes, familiares, amigos, compañeros de trabajo u otras fuentes de información que sean confiables. En estos casos, es necesario indicar cuál es el grado de confiabilidad de la información brindada por terceros.



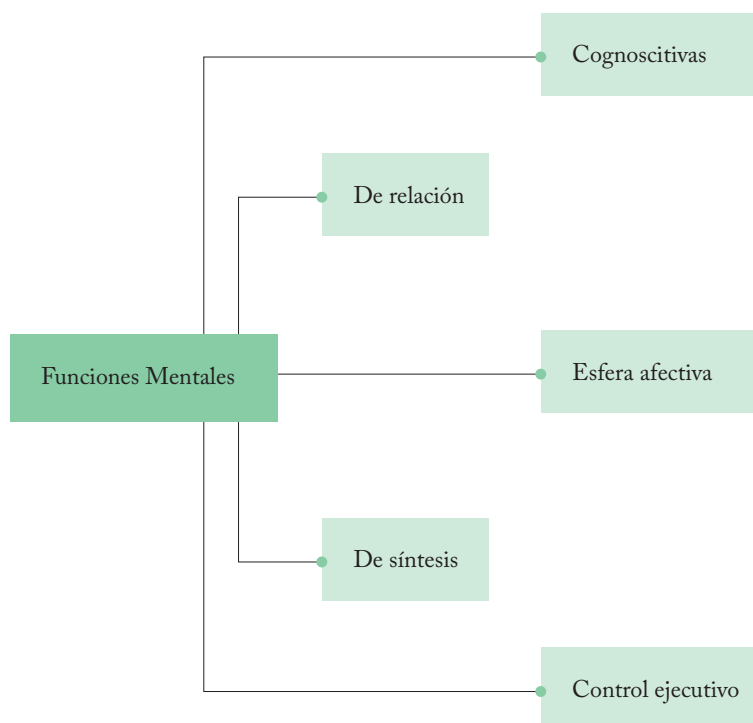
2.

Funciones mentales

Las funciones mentales representan la actividad del sistema nervioso central y se pueden clasificar en cinco grupos, como se muestra en la figura 2.

Figura 2

Clasificación de las funciones mentales

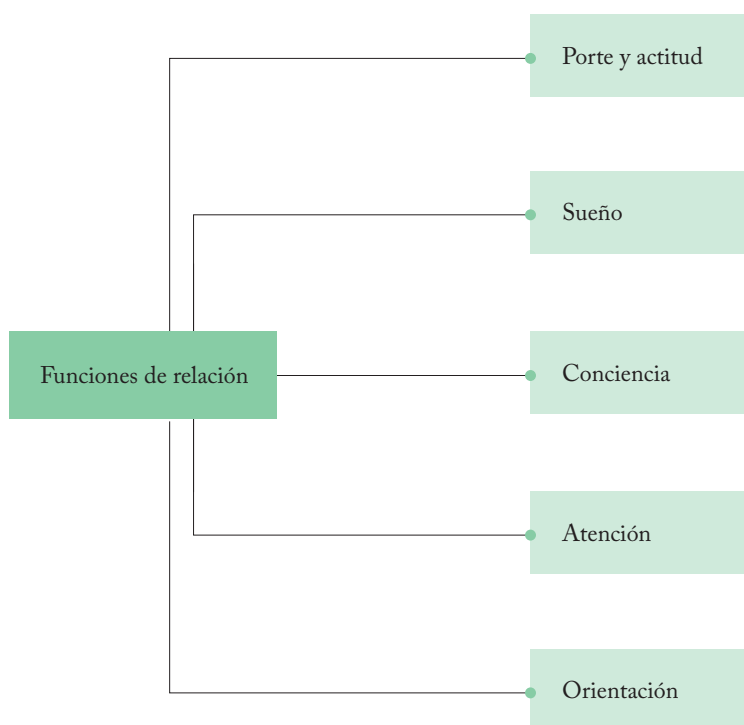


2.1. Funciones de relación

Las funciones de relación permiten obtener información del medio externo para responder, ya sea de manera fisiológica, emocional o conductual, con activación o relajación.

Figura 3

Clasificación de las funciones de relación





2.1.1. Porte y actitud

Esta sección incluye una descripción general de las características físicas del individuo, lo cual facilita su representación objetiva. La apariencia o el porte hacen referencia a un conjunto de características de la persona y de su comportamiento durante la entrevista, los cuales pueden estar influenciados por la cultura, el estado de ánimo, el clima y la edad. La apariencia se puede describir a través de diferentes aspectos, como el físico, la vestimenta, el aseo, entre otros.

La *actitud* se define como una reacción afectiva, ya sea positiva o negativa, hacia un objeto, una persona o una situación, y la tendencia a actuar de una forma determinada. Generalmente, estas respuestas suelen ser aprendidas y relativamente permanentes. Las actitudes se componen de tres elementos: lo que se piensa, lo que se siente y la conducta.

Estas pueden ser influenciadas por varios factores, tales como el nivel de conciencia, el pensamiento, la sensopercepción y las emociones. Algunas personas pueden tener una actitud interesada, cooperativa, emotiva, manipuladora, entre otras.

2.1.1.1. Valoración del porte y la actitud

Para la valoración del porte (apariencia) y la actitud, es necesario que se lleve a cabo una inspección detallada que contemple los siguientes aspectos.

Apariencia

- *Edad*: se establece una relación entre la edad cronológica y la edad aparente, la cual puede coincidir o diferir.
- *Vestimenta y accesorios*: se refiere a las prendas que cubren el cuerpo, así como a los accesorios, la forma de peinarse, etc. La elección de la vestimenta y de los accesorios puede estar influenciada por diversos factores, como la edad, el clima, la cultura, la situación personal del individuo o la pertenencia a movimientos o a grupos específicos. La persona puede lucir limpia, ordenada, extravagante, desordenada, infantil, elegante o sucia, por citar algunos ejemplos. Es importante que se haga una descripción de los colores de la ropa, así como del uso de cosméticos, adornos y prendas estrafalarias.
- *Cuidado personal*: se debe considerar el olor corporal, así como el aspecto de la piel y la ropa. La persona puede presentar un aroma agradable o desagradable, lucir aseada o descuidada, tener la piel limpia o escoriaciones e irritaciones.
- *Estado general de la salud y la nutrición*: se puede observar palidez, cianosis, disnea, resequeidad de la piel, sobrepeso, obesidad, enflaquecimiento o desnutrición.
- *Marcha*: se refiere al patrón de movimiento del cuerpo humano al caminar. Esta puede ser descrita como lenta, rápida, oscilante, inestable, rígida, torpe o ágil.

Es posible que el individuo requiera de un soporte para llevar a cabo esta acción o que la habilidad de marchar esté completamente ausente.

- *Cicatrices, pinchazos, tatuajes y equimosis*: se debe especificar su localización y estado.

Actitud

Se puede observar por medio del lenguaje corporal que se exhibe a través de la postura, los gestos, la marcha, las facies, entre otros. Esta no solo posee elementos instintivos, sino también aprendidos. Además, la actitud también refleja el estado de ánimo, la intención del individuo y las características de su personalidad.

- *Postura*: el sujeto puede estar erguido, encorvado, sentado o recostado sobre un lado del cuerpo.
- *Gestos*: el individuo puede presentar gestos estereotipados, exagerados o disminuidos. Por ejemplo, tocarse la cara repetidamente, frotarse las manos, alisarse el cabello, fruncir o levantar las cejas, etc.
- *Facies*: se refiere a la expresión de la cara, la cual puede mostrar facies de preocupación, dolor, inexpresividad, tristeza, tensión, irritabilidad, cólera, temor, desprecio, alegría o ensimismamiento.
- *Contacto visual*: el individuo puede o no establecer contacto visual con el entrevistador, así como dirigir su mirada hacia abajo u otro lado.
- *Actividad general*: el sujeto puede realizar las actividades de manera organizada y con objetivos, o desorganizada, impulsiva y estereotipada. Es posible observar movimientos lentos, rápidos, graciosos, torpes o repetitivos en el individuo y que la persona presente agitación, inquietud, hipoactividad, retardo, inmovi-

lidad y movimiento espontáneo, así como que responda únicamente a estímulos externos.

- *Habla:* el examinador debe considerar el tono de voz, el cual puede ser fuerte, débil o apagado. Además, es posible que el habla presente disartria, ronquera y tartamudez, o que sea monótona y con acento.
- *Forma de presentarse y de saludar:* el individuo puede ser amable, espontáneo, aprensivo o tímido. Asimismo, es probable que se presente de manera impersonal, amigable, desconfiada, respetuosa, turbada, miedosa, indiferente, irreverente, arrogante o apática.
- *Cooperación:* el examinador debe tener en cuenta si la persona está dispuesta a colaborar o si tiende a ser evasiva, así como si está de forma voluntaria o en contra de su voluntad.

2.1.1.2. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Descuido personal relacionado con (R/C) estado depresivo y evidenciado por (E/P) ropa sucia y falta de higiene.
- Alteración de la integridad cutánea R/C un trauma automovilístico y E/P heridas en el miembro superior izquierdo.
- Déficit nutricional R/C miedo a ganar peso y E/P disminución de peso y un índice peso-talla por debajo del percentil esperado.
- Postura corporal amenazante R/C idea de persecución y E/P postura rígida, manos empuñadas, mandíbula contraída y mirada desafiante.

- Vestimenta inadecuada R/C episodio maníaco y E/P vestimenta extravagante, exceso de accesorios y maquillaje.



2.1.2. Conciencia

Esta función permite que el individuo se dé cuenta de sí mismo y del medio que lo rodea. Es crucial para realizar las funciones cognoscitivas y de relación, así como para experimentar las emociones e interactuar con el entorno. Sin la conciencia, el individuo no podría reconocer su propia existencia.

En este punto es importante mencionar que, en el estado de conciencia normal, la persona se encuentra en alerta o vigilia.

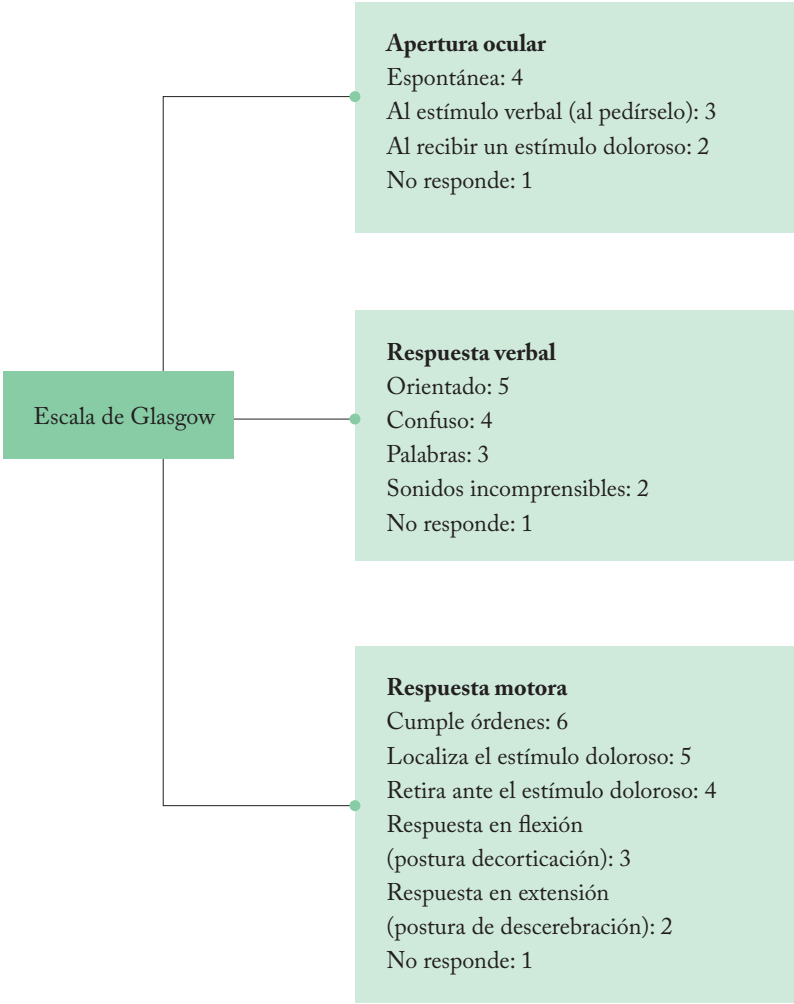
2.1.2.1. Valoración de la conciencia

Para valorar la conciencia, es necesario que se describan las facies y los comportamientos del individuo. Además, es importante que también se considere su respuesta a estímulos reales o provocados, como la luz, el tono de voz del examinador y los estímulos dolorosos.

Estas respuestas pueden ser normales, retardadas o ausentes. Es importante identificar si el individuo se encuentra somnoliento o si se requieren maniobras para despertarlo o llamar su atención.

Por otra parte, la escala de Glasgow se utiliza para medir los niveles de conciencia en una persona que ha sufrido un trauma craneoencefálico. Esta escala se basa en tres criterios: la apertura ocular, la capacidad verbal y la respuesta motora. Cada criterio se valora según la respuesta de la persona. El puntaje más bajo es 3, que indica un *estado de coma profundo*, mientras que el más alto es 15, que indica un *estado de vigilia o alerta*.

Figura 4
Valoración del nivel de conciencia



2.1.2.2. Trastornos de la conciencia

Los trastornos de la conciencia se clasifican en dos grandes grupos: los trastornos del nivel de conciencia y los trastornos del conocimiento de la realidad.

Trastornos del nivel de conciencia

Por aumento del nivel de conciencia

Hipervigilia

Elevación del nivel de conciencia. Generalmente, se acompaña de hiperactividad motora y verbal, por lo que es probable que la persona se sienta exaltada. Este trastorno se puede manifestar en los estados maníacos y paranoides, así como en casos de intoxicación por algunas sustancias psicoactivas, tales como el LSD, la cocaína, el cannabis y las anfetaminas.

Por disminución del nivel de conciencia

Letargia o somnolencia

Dificultad para mantener el estado de vigilia, aunque la persona haga un esfuerzo por estar atenta. El sujeto tiende a permanecer dormido y se despierta con cualquier estímulo sensorial o sensitivo.

Este trastorno suele observarse en personas con hipotiroidismo, anemia, apnea obstructiva del sueño o en aquellos individuos que usan medicamentos sedantes.

Estupor

Ausencia de la función verbal o motora que solo puede ser interrumpida por estímulos vigorosos y repetidos. Una vez cesan los estímulos, la persona vuelve al estado inicial.

La persona afectada por este trastorno es incapaz de tener una conducta intencional de manera espontánea. Por otra parte, la respuesta a las órdenes verbales es lenta e inadecuada y, en algunos casos, puede estar completamente ausente.

Este trastorno suele manifestarse en personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares o traumas craneoencefálicos, así como en aquellos individuos con estados depresivos severos o esquizofrenia.

Coma

Síndrome que se caracteriza por un deterioro severo de la conciencia y de las funciones de relación. Cuando hay una ausencia global de la conciencia, resulta imposible despertar al sujeto, quien no percibe los estímulos externos ni responde a ellos o a sus necesidades internas. No obstante, las funciones vegetativas se conservan de manera relativa.

Es importante destacar que este estado puede variar en grado de severidad, así:

- *Coma superficial:* solo hay respuesta a los estímulos dolorosos profundos, lo cual se manifiesta a través de movimientos desorganizados.
- *Coma profundo:* ausencia de respuesta a los estímulos dolorosos. La persona pierde el tono muscular y los reflejos, incluyendo los patológicos.

El estado de coma puede ser causado por traumas craneoencefálicos, infecciones y tumores en el sistema nervioso central, así como por alteraciones metabólicas, entre las cuales se encuentra incluido el coma diabético.

Obnubilación

Indiferencia hacia el entorno. Generalmente, la persona afectada carece de interés y espontaneidad, presenta movimientos torpes,

desorientación y somnolencia. Además, tiene dificultad para prestar atención, reflexionar y comprender ideas. Si se quiere obtener una respuesta de su parte, es necesario sacudirla o repetirle varias veces la misma pregunta.

En algunos casos, la obnubilación puede manifestarse después de una crisis epiléptica, un trauma craneoencefálico, una intoxicación por sustancias psicoactivas, tales como barbitúricos o tranquilizantes, o una concentración elevada de sodio en la sangre (hipernatremia).

Pérdida súbita y transitoria de la conciencia

La pérdida de la conciencia sucede súbitamente y el individuo retorna nuevamente al estado de alerta.

Se presenta cuando hay un síncope vasovagal, el cual se asocia comúnmente con factores como el dolor, el estrés y el choque emocional, así como una conmoción cerebral o una crisis epiléptica.

Trastornos del conocimiento de la realidad

Confusión mental

Cuadro clínico caracterizado por desorientación alopsíquica, dificultad para captar estímulos e ideas, pobreza ideatoria, déficit de la memoria, falsos reconocimientos y perplejidad ansiosa. Como hay una pérdida de la coherencia, la persona no puede mantener una conversación comprensible a pesar de sus esfuerzos. Además, el individuo se cuestiona acerca de su ubicación, el día en curso y lo que está sucediendo a su alrededor, por lo que sus facies expresan angustia.

Este trastorno puede ser desencadenado por una intoxicación exógena, una infección o el consumo de algunos medicamentos como las benzodiacepinas, especialmente en los adultos mayores.

Delirium

Síndrome agudo de origen orgánico que se caracteriza por producir obnubilación, confusión mental, desorientación parcial o total, pensamiento incoherente, déficit de memoria, ilusiones o alucinaciones. Este trastorno no solo es transitorio y reversible, sino que también presenta un curso fluctuante durante el día, pudiendo manifestarse con hiperactividad o hipoactividad.

La hiperactividad puede ir desde una pequeña hasta una franca agitación, lo cual provoca que la conducta de la persona sea desordenada e incontrolable. En la hipoactividad, el sujeto se encuentra letárgico, lo que ocasiona una disminución de la movilidad y aislamiento. Es frecuente encontrar cambios afectivos, tales como la irritabilidad, el miedo, la rabia, entre otros.

El delirium puede ser provocado por estados febriles o tóxicos, trastornos metabólicos, tumores cerebrales, infecciones, accidentes cerebrovasculares y algunos fármacos. Este trastorno es muy común en los extremos de la vida y en las unidades de cuidados intensivos.

Despersonalización/desrealización

Sensación de extrañeza que la persona experimenta en relación consigo misma o con su entorno. Suele manifestar cambios en su cuerpo, como si algunas partes no le pertenecieran o tuviera la impresión de ser un robot. Asimismo, el individuo puede decir que se siente como un observador ajeno a su propia conducta.

Respecto al entorno, es posible que llegue a sentir que un objeto lo separa del mismo, como una pared, un vidrio o un velo. Por esta razón, puede parecerle distorsionado, sin vida, incoloro o artificial.

Estos síntomas suelen estar relacionados con diversas causas, como el estrés, la privación del sueño, los eventos catastróficos, el vértigo, la migraña, los estados depresivos, la esquizofrenia, el trastorno de pánico y la intoxicación por alcohol o alucinógenos.

Síndrome del miembro fantasma

Cuadro relacionado con la alteración del esquema corporal. Las personas que han sufrido la amputación de una extremidad pueden experimentar sensaciones persistentes en la parte amputada, como dolor, picor, disestesias, sensación térmica, entre otras. Es posible que estas sensaciones persistan a pesar de la ausencia del miembro.

Además, se ha observado que los sujetos que presentan una ausencia congénita de los segmentos mediales y proximales de las extremidades también pueden experimentar las sensaciones mencionadas anteriormente.

Dismorfofobia

Distorsión de la conciencia corporal. La persona manifiesta que algunas partes de su cuerpo son deformes o poco atractivas, aunque no presenten anomalías. Es importante destacar que esta distorsión de la imagen corporal no mejora, aun cuando los “defectos” se corrijan quirúrgicamente.

Este trastorno puede estar asociado con estados depresivos y cuadros delirantes.

2.1.2.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Riesgo de confusión aguda R/C consumo de benzodiazepinas en el adulto mayor.
- Confusión crónica R/C alteración vascular cerebral y E/P dificultad para captar estímulos e ideas, déficit de la memoria y perplejidad ansiosa.
- Estado de coma R/C trauma craneoencefálico y E/P deterioro severo de la conciencia y de las funciones de relación.

- Delirium R/C estado febril en el adulto mayor y E/P desorientación parcial, pensamiento incoherente, déficit de la memoria y alucinaciones.
- Pérdida súbita de la conciencia R/C síncope vasovagal y E/P ausencia repentina y transitoria de la conciencia.



2.1.3. Orientación

Capacidad de una persona para reconocer su identidad, identificar el espacio circundante y situarse en el tiempo. Por esta razón, en la orientación se tienen en cuenta tres esferas: persona, tiempo y lugar.

La orientación en persona se denomina *autopsíquica* y la orientación temporoespacial se conoce como *alopsíquica*.

Una persona sin alteraciones en este campo se encuentra orientada en las tres esferas, es decir, tanto autopsíquica como alopsíquicamente.

2.1.3.1. Valoración de la orientación

Para valorar la orientación de una persona, es necesario realizar preguntas relacionadas con la esfera que se quiere valorar, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1
Preguntas a realizar para la valoración de la orientación

Persona	Lugar	Tiempo
¿Cuál es su nombre?	¿Dónde se encuentra?	¿En qué fecha estamos?
¿Quién es usted?	¿Está en un hospital?	¿En qué mes?
¿Cuántos años tiene?	¿Está en su casa?	¿En qué año?
¿Qué labor desarrolla?	¿Qué hospital es este?	¿En qué día de la semana?
¿A qué se dedica?	¿Dónde vive?	¿Qué hora es?
¿Cuál es su profesión?	¿En qué ciudad vive?	¿Cuánto tiempo ha estado aquí?
¿Cuál es su estado civil?	¿Cuál es su dirección?	
¿Quién lo está acompañando?	¿Qué ruta tomó para llegar a la consulta?	

2.1.3.2. Trastornos de la orientación

Desorientación autopsíquica o de persona

Se puede presentar en individuos con traumatismos cerebrales severos, así como en aquellos sujetos que padecen psicosis esquizofrénica o maniaca.

Desorientación alopsíquica o temporoespacial

Se suele manifestar en personas con delirium, estado posanestésico o crisis epilépticas. Es importante destacar que este trastorno es transitorio.

Desorientación global o de las tres esferas

Se puede encontrar en personas con hipoxia cerebral, encefalitis, demencia o esquizofrenia.

Desorientación parcial

Se suele observar una desorientación parcial en cualquiera de las tres esferas. Por ejemplo, es probable que una persona que ha estado en cuidados intensivos durante varios días experimente desorientación parcial con respecto al tiempo.

Los trastornos de la conciencia suelen alterar la orientación en el siguiente orden: tiempo, lugar y, por último, persona. De esta manera, denotan la gravedad del estado de salud del individuo.

2.1.3.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Desorientación temporal R/C administración de opioides y E/P incapacidad para establecer la fecha actual.
- Desorientación parcial en tiempo R/C estancia prolongada en una unidad de cuidados intensivos y E/P desconocimiento del día y el mes en que se encuentra.
- Desorientación en persona R/C pensamiento ilógico y E/P creencia errónea de ser otra persona.
- Desorientación alopsíquica R/C delirium y E/P desconocimiento del lugar y la fecha.
- Desorientación en las tres esferas R/C deterioro de la memoria y E/P incapacidad para identificar quiénes, reconocer la fecha y el lugar donde se encuentra.



2.1.4. Atención

Función mental que permite seleccionar un estímulo particular e ignorar otros en función de la motivación y los intereses. A la capacidad de enfocar y mantener la atención en un objeto determinado se le conoce como *concentración*. La atención se puede entrenar y es fundamental en los procesos de aprendizaje.

Una persona con una atención adecuada posee una atención centrada, lo cual le permite dirigir su actividad psíquica hacia un objetivo específico.

2.1.4.1. Valoración de la atención

Durante la entrevista, es importante valorar la actitud de la persona. Por ejemplo, si está distraída, si hace contacto visual con el entrevistador y si ha sido necesario repetirle varias veces las mismas preguntas.

La valoración comprende tanto la *forma activa* como la *forma pasiva* de la atención. En la forma pasiva, el sujeto no hace un esfuerzo consciente por prestar atención. De lo anterior, se puede inferir que esta acción ocurre de manera involuntaria.

Por otra parte, se reconoce que la persona está atenta de manera pasiva cuando responde a las preguntas del entrevistador y tiene una actitud de escucha. Además, es capaz de identificar, con los ojos cerrados, qué objetos del lugar le han interesado.

Para valorar la atención activa, se le puede solicitar a la persona que realice algunos de los siguientes ejercicios:

- Sustraer de 7 en 7 o de 3 en 3, empezando desde 100.
- Decir al revés los días de la semana o los meses del año.
- Deletrear palabras al revés.
- Repetir series de números hacia delante y hacia atrás.
- Enumerar objetos y hacer que la persona los repita con los ojos cerrados.

2.1.4.2. Trastornos de la atención

Los trastornos de la atención se dividen en *cuantitativos* y *cualitativos*.

Trastornos cuantitativos

Hiperprosexia

Aumento de la atención en un estímulo específico que puede dificultar la capacidad del individuo para responder a otros estímulos, lo cual conduce a la *pérdida de la selectividad*. Es posible que esta alteración se presente en personas con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, delirios celotípicos, estados de manía e intoxicación por estimulantes.

Hipoprosexia

Disminución de la capacidad de atención en algunos individuos. Es importante destacar que, cuando la persona es estimulada mediante preguntas, suele responder de manera adecuada. Se puede presentar en sujetos con estados depresivos, intoxicaciones por sustancias psicoactivas y síndrome de fatiga crónica.

Aprosexia

Incapacidad para fijar la atención o desatención total. Este trastorno se puede observar en personas con demencia, estados confusionales e intoxicaciones.

Trastornos cualitativos

Distractibilidad o labilidad

Incapacidad para mantener la concentración en un solo estímulo. El sujeto responde rápida y sucesivamente a varios estímulos, por lo que se distrae fácilmente. Esta alteración es típica en personas con crisis de manía, trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Perseveración

Tendencia de una persona a mantenerse en una misma actividad debido a la incapacidad de desatender. El sujeto no es capaz de

cambiar su patrón de respuesta. Por ejemplo, si se le pide al sujeto que escriba el número 1 y, posteriormente, el número 2, seguirá escribiendo el número 1. Esta alteración puede observarse en individuos con patologías del lóbulo frontal y lesiones cerebrales traumáticas.

2.1.4.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Disminución de la atención R/C fatiga física y E/P necesidad de repetirle a la persona varias veces las instrucciones de cuidado.
- Distractibilidad R/C ansiedad y E/P incapacidad para mantener la concentración en un solo estímulo.
- Aumento de la atención R/C problemas familiares y E/P preocupación constante por los hijos.
- Riesgo de disminución de la atención R/C un proceso de duelo.
- Incapacidad para fijar la atención R/C dolor y E/P dificultad de la persona para recordar o mencionar las explicaciones proporcionadas.



2.1.5. Sueño

Pérdida cíclica, temporal, rápida y completamente reversible de la conciencia. La función principal del sueño es la recuperación fisiológica y psicológica del organismo. Por lo general, un adulto duerme de 6 a 9 horas.

El sueño tiene dos fases:

- la REM (*rapid eye movement*), que también es conocida como MOR (movimiento ocular rápido);
- la no REM, que también es conocida como no MOR.

La fase no REM o no MOR representa aproximadamente el 75 % del tiempo total de sueño y se divide en cuatro estadios: adormecimiento, sueño ligero, transición al sueño profundo y sueño profundo, durante los cuales el sueño se vuelve cada vez más profundo. Esta se diferencia de la fase MOR porque se pierden los movimientos oculares rápidos.

La fase REM o MOR se caracteriza por movimientos oculares rápidos y representa aproximadamente el 25 % del tiempo total del sueño. Durante esta fase, se observa un aumento de la temperatura corporal, así como un incremento en el metabolismo, una variación en el pulso, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria. En esta fase se producen los sueños o la actividad onírica.

Un ciclo completo de sueño comprende las fases no MOR y MOR, y tiene una duración promedio de entre 90 y 110 minutos. Por lo general, durante una noche de sueño, un adulto promedio realiza de 6 a 8 ciclos completos de sueño.

La transición del sueño a la vigilia está regulada, principalmente, por el ritmo o ciclo circadiano, que es un reloj biológico presente en todos los seres vivos y se ve influenciado por los estímulos de la luz. Por lo general, se tiende a descansar durante las horas de oscuridad y a estar más activo durante las horas de luz.

El sueño reparador hace referencia al sueño profundo e ininterrumpido que le permite a la persona sentirse revitalizada y descansada al siguiente día.

2.1.5.1. Valoración del sueño

Para evaluar el sueño, se deben considerar los siguientes aspectos:

- La historia del sueño en las diferentes etapas del desarrollo.
- La apariencia general, como presencia de ojeras, somnolencia, entre otros.
- Las pautas normales del sueño, como los horarios habituales para levantarse y acostarse, la cantidad de horas de sueño necesarias para sentirse descansado al día siguiente.
- La cantidad de horas dormidas.

- La calidad del sueño, lo que permite identificar si es reparador o no.
- El horario del sueño, si es diurno o nocturno.
- Los hábitos y actividades previas al sueño, como el ejercicio físico, el consumo de bebidas alcohólicas o café y la hora de la última comida.
- Las condiciones ambientales, como el ruido, la luz y la temperatura.
- Las alteraciones presentes y los posibles factores asociados al sueño, como la presencia de enfermedades, alteraciones del estado de ánimo y uso de medicamentos.
- Los antecedentes familiares relacionados con el trastorno del sueño.
- La entrevista a un familiar o a un compañero de alcoba puede suministrar información valiosa sobre las características del sueño, como la presencia de ronquidos, sonambulismo, etc.

2.1.5.2. Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño se clasifican en *disomnias* y *parasomnias*. Las disomnias se refieren a los trastornos relacionados con la cantidad, la calidad y la temporalidad del sueño. Las parasomnias son alteraciones en el comportamiento durante las fases del sueño.

Disomnias

Hipersomnia

Aumento de la duración del sueño nocturno asociado con la dificultad para mantenerse despierto durante el día. En estos casos, el sueño no es reparador y es posible que la persona experimente episodios de confusión mental al despertar.

Se relaciona con los estados depresivos, las alteraciones metabólicas, el trauma craneoencefálico, los tumores cerebrales y el síndrome de fatiga crónica.

Somnolencia

Tendencia a quedarse dormido, incluso en los estados de vigilia. Se puede presentar por la privación del sueño, el esfuerzo físico, la fatiga, el cansancio, la ansiedad, el hipotiroidismo o la apnea obstructiva crónica.

Narcolepsia

Ataques irresistibles de sueño que son de corta duración y están asociados con la pérdida del tono muscular, lo cual resulta en una parálisis de todos los músculos, excepto de los respiratorios y extraoculares. En ocasiones, están acompañados de alucinaciones.

Durante estos episodios, la persona es incapaz de moverse, incluso si está despierta. Estos episodios pueden presentarse varias veces al día.

La narcolepsia es una enfermedad hereditaria y se sospecha que es de origen autoinmune. Además, se ha observado que esta condición también puede estar relacionada con lesiones en el tallo cerebral, como la encefalitis, las neoplasias y la esclerosis múltiple.

Insomnio

Disminución en la duración o calidad del sueño. Al despertar, la persona siente que no ha dormido lo suficiente.

- *Insomnio de conciliación*: es frecuente en los estados de ansiedad o de tensión emocional y física.
- *Insomnio de despertar temprano*: es común en los estados depresivos.
- *Sueño interrumpido*: es usual que el individuo tenga despertares frecuentes durante la noche. Por lo general, se presenta en personas con ansiedad, depresión,

crisis de pánico, dolor, insuficiencia cardíaca o apnea obstructiva.

- *Sueño no reparador*: es común que la persona sienta que no ha descansado lo suficiente, aunque haya dormido las horas necesarias. Se puede presentar en individuos con estados ansiosos o depresivos, síndrome de fatiga crónica y fibromialgia.

Apnea del sueño

Episodios de interrupción de la respiración durante el sueño, los cuales suelen ocurrir después de periodos de ronquidos fuertes y pueden causar hipoventilación. Es posible que estos episodios provoquen somnolencia diurna, insomnio y otros síntomas, como cansancio, dolor de cabeza al despertar, alteraciones de la memoria y la atención.

Existen dos tipos de apneas del sueño:

- Apnea del sueño por obstrucción de las vías respiratorias, que puede presentarse en personas con obesidad.
- Apnea central del sueño, que suele manifestarse en personas con enfermedades cardiovasculares y neurológicas.

Parasomnias

En la fase MOR

Pesadillas

Sueños perturbadores y angustiosos que generan en el individuo sensaciones desagradables y terroríficas, por lo que es posible que no vuelva a conciliar el sueño nuevamente. Estos pueden ir acompañados de gritos y ansiedad al despertar. Las pesadillas son más comunes en la segunda mitad de la noche.

Estos sueños suelen presentarse en individuos con estados de depresión o ansiedad, trastorno de estrés postraumático, episodios febriles y después de la ingesta de bebidas alcohólicas y el uso de medicamentos como los betabloqueadores.

Parálisis del sueño

Aunque se encuentra parcialmente consciente y alerta, la persona es incapaz de realizar movimientos voluntarios al inicio del sueño o al despertar. Esta parasomnia puede ser estresante y aterradora, ya que produce la sensación de parálisis. Suele aparecer de manera esporádica y se asocia con el estrés y la privación del sueño.

En la fase no MOR

Terrores nocturnos

Episodios de despertar súbito con ansiedad intensa, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, somniloquia, gritos y movilidad aumentada. Durante el episodio, no es fácil calmar al individuo.

Al despertar, la persona afectada no recuerda el evento o solo le vienen a la memoria imágenes fragmentadas del sueño. Es común que se sienta desorientada al despertar. A pesar de la experiencia, le es fácil volver a conciliar el sueño.

Los terrores nocturnos suelen ocurrir durante el primer tercio de la noche. Aunque son más frecuentes en los niños, también pueden presentarse en los adultos que consumen alcohol, usan benzodicepinas y padecen de estrés emocional, fatiga, privación del sueño, trastorno de ansiedad generalizada o estrés postraumático.

Sonambulismo

Movimientos motores automáticos que pueden ser sencillos o complejos. Por ejemplo, levantarse de la cama, hablar o caminar. Es importante resaltar que estos se presentan durante el sueño.

Por lo general, la persona mantiene los ojos abiertos, la mirada perdida y no responde a ningún estímulo ambiental. Normalmente, el sonámbulo es capaz de interactuar con el entorno de forma exitosa; sin embargo, en algunas ocasiones, puede tropezarse, caerse o salirse de la casa. Al despertar, el individuo no recuerda el episodio. El sonambulismo es más frecuente en los niños y durante el primer tercio de la noche.

En relación con las posibles causas del sonambulismo, se ha mencionado una predisposición genética, así como la influencia de algunos factores desencadenantes, por ejemplo: la fatiga, la privación del sueño, la ansiedad, los estados febriles, el consumo de alcohol o sedantes y las migrañas.

Somniloquia

Durante el sueño, la persona habla de forma involuntaria, enunciando palabras o frases con sentido. Estos episodios suelen ser breves y su curso, benigno y autolimitado. La somniloquia puede aparecer en situaciones de estrés o ansiedad, o cuando el individuo presenta un estado febril. Asimismo, se encuentra asociada con otros trastornos del sueño, como el sonambulismo y los terrores nocturnos.

Enuresis nocturna

Micción involuntaria durante el sueño nocturno. Esta condición puede presentarse a una edad en la que se espera que el niño ya tenga control de esfínter. Se cree que está relacionada con la disminución de la hormona antidiurética vasopresina, lo cual hace que se produzca una mayor cantidad de orina durante la noche. Además, es posible que también esté asociada con las convulsiones nocturnas y las anomalías urológicas.

Bruxismo

Hábito involuntario de rechinar los dientes durante cualquier fase del sueño. Por lo general, la persona mueve lateralmente el maxi-

lar inferior, ocasionando el desgaste de los dientes. El bruxismo es más frecuente en estados de ansiedad, ira, frustración o tensión. Además, se encuentra asociado con el consumo de psicoestimulantes, la ingesta de alcohol y el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Espasmos mioclónicos

Sacudidas breves, bruscas e involuntarias de algunos grupos musculares durante la primera fase del sueño. Cuando se presentan estos episodios, la persona tiene la sensación de que se está cayendo, por lo que mueve los brazos y las piernas. Esta condición se relaciona con la privación del sueño, la fatiga, los estados de ansiedad y el consumo excesivo de cafeína.

Trastorno de movimientos rítmicos

Movimientos rítmicos y estereotipados, como golpearse la cabeza o balancear el cuerpo, especialmente al inicio del sueño. Este trastorno es más frecuente en la infancia, aunque puede aparecer en la adultez, lo cual aumenta el riesgo de lesiones. Se cree que es de origen familiar y se asocia con estados de ansiedad.

Síndrome de las piernas inquietas

Mientras intenta dormir, la persona experimenta una necesidad irresistible de mover las piernas debido a la presencia de sensaciones desagradables, como hormigueo, cosquilleo, dolor o comezón, que se concentran en las piernas y en las plantas de los pies. El movimiento alivia estas sensaciones.

Esta condición tiene una posible causa hereditaria, aunque también se la ha relacionado con otras patologías, tales como la esclerosis lateral amiotrófica, las neuropatías periféricas, la diabetes, la anemia ferropénica, la insuficiencia renal y el cáncer. Además, es más común durante el embarazo y puede estar relacionada con la privación de sueño.

2.1.5.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

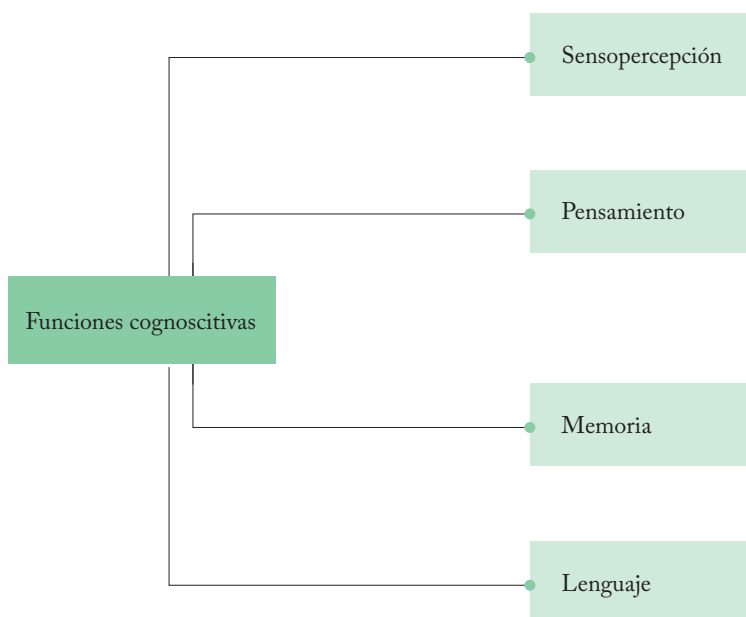
- Apnea del sueño R/C obesidad y E/P pausas en la respiración durante el sueño.
- Pesadillas R/C trauma emocional y E/P manifestación de sueños acompañada por un fuerte sentimiento de miedo.
- Dificultad para conciliar el sueño R/C ansiedad y E/P demora considerable al intentar conciliar el sueño.
- Sueño interrumpido R/C múltiples entradas a la habitación del paciente hospitalizado, y E/P manifestación de no poder dormir en forma continua.
- Insomnio R/C dolor y E/P ojeras, facies de cansancio y necesidad de dormir en la mañana.

2.2. Funciones cognoscitivas

Las funciones cognoscitivas son las que permiten recibir, procesar y elaborar la información, facultando al sujeto para tener un papel activo en los procesos de interacción, percepción y comprensión del entorno.

Figura 5

Clasificación de las funciones cognoscitivas





2.2.1. Sensopercepción

La sensopercepción está constituida por *sensaciones* y *percepciones*. A partir de estas, las personas elaboran un conocimiento sobre sí mismas y el mundo que las rodea.

Las sensaciones receptan la información que proviene del cuerpo y del entorno. Es importante señalar que se clasifican de la siguiente manera:

- *Exteroceptivas*: provienen de los órganos de los sentidos.
- *Propioceptivas*: permiten conocer la situación del cuerpo en el espacio, así como la postura y el movimiento. Además, proveen información sobre los procesos relacionados con los músculos, las articulaciones y los tendones.
- *Interoceptivas*: informan sobre los procesos internos del cuerpo, como los estímulos procedentes de las vísceras, la sed, el hambre y el dolor.

La percepción es el proceso mediante el cual se interpretan los datos que aportan las sensaciones. La forma en que un individuo percibe depende de sus necesidades, experiencias y motivaciones. En una persona sana se espera que la recepción de las sensaciones sea normal y que exista congruencia entre las sensaciones reales y su percepción.

2.2.1.1. Valoración de la sensopercepción

Para valorar la sensopercepción, se deben tener en cuenta los tres tipos de sensaciones.

Sensaciones exteroceptivas

Las sensaciones exteroceptivas se valoran mediante la revisión de los órganos de los sentidos. Además, existen pruebas sencillas que pueden proporcionar una idea general de su estado funcional.

A continuación, se enuncian los órganos de los sentidos y su forma rápida de valoración.

- *Visión*: se puede evaluar mediante tablas optométricas, como la tabla de Snellen, o cubriendo un ojo del sujeto, a quien se le pide que nombre los caracteres señalados. Es importante mencionar que, de acuerdo con el resultado, se asigna un valor visual. Asimismo, es necesario preguntarle al individuo si usa anteojos y por qué.
- *Olfato*: se utilizan bolsas con diferentes olores para evaluar cada una de las fosas nasales. Se le pide al sujeto que se tape una fosa nasal, mantenga los ojos cerrados y nombre el olor que se le presenta.
- *Gusto*: se emplean diferentes sabores, como salados, amargos y dulces, para evaluar la sensación gustativa del sujeto. Se le pide que cierre los ojos y pruebe el primer sabor. Después de cada prueba, se le ofrecerá un poco de agua, pues, de esta manera, podrá paladar mejor el siguiente sabor.
- *Audición*: se realiza un sonido con los dedos a una corta distancia del sujeto. A medida que se le pregunta al individuo hasta dónde puede escuchar, se va

aumentando gradualmente la distancia. Este ejercicio se debe repetir con el otro oído.

- *Tacto*: se puede utilizar la técnica punta-roma para tocar una parte del cuerpo del individuo con un objeto. Después, el examinador le solicita que defina si el elemento es romo o puntudo. Además, es posible emplear objetos fríos o calientes para que el sujeto identifique la temperatura del objeto que está en contacto con su piel.

La valoración cualitativa se puede hacer a través de la observación. Por ejemplo, se detecta una actitud de escucha en una persona cuando no existen voces diferentes a la del entrevistador. Además, es posible plantear algunas preguntas orientadoras, como las expuestas a continuación:

- ¿Ha oído voces de personas extrañas?
- ¿Ha oído algo mientras habla conmigo?
- ¿Qué observa en esta habitación?
- ¿Ha tenido visiones en alguna ocasión?
- ¿Ha sentido cosas extrañas en su cuerpo?

Sensaciones propioceptivas

Para valorar las sensaciones propioceptivas, se pide a la persona que cierre los ojos e identifique la posición de una articulación que ha sido colocada en diferentes posturas. Asimismo, se le puede solicitar al individuo que informe en qué posición tiene las piernas mientras mantiene los ojos cerrados.

Sensaciones enteroceptivas

La evaluación de las sensaciones enteroceptivas se puede realizar mediante preguntas, tales como ¿siente dolor? ¿en qué parte? ¿hay alguna sensación interna en su cuerpo? Por favor, descríbala. Además, es importante tener en cuenta que los pares craneales transmiten información entre el encéfalo y los órganos de los sentidos, por lo que evaluarlos hace más completa la valoración de la sensopercepción.

2.2.1.2. Trastornos de la sensopercepción

Los trastornos de la sensopercepción se dividen en *cuantitativos* y *cualitativos*.

Trastornos cuantitativos

Hiperpercepción o hiperestesia

Aumento en la percepción de los estímulos sensoriales, como la hiperalgesia. Este trastorno puede estar asociado a factores orgánicos, como la migraña, la encefalitis, el tétanos y la fibromialgia, o a factores emocionales, como los estados maníacos, la depresión y la ansiedad. Además, es posible que el consumo de algunas sustancias, como el LSD y las anfetaminas, ocasionen este trastorno.

Por otro lado, se ha observado una hiperpercepción auditiva en las personas con trastorno del espectro autista. Es decir, una mayor sensibilidad y reactividad a los estímulos sonoros del ambiente.

Hipopercepción o hipoestesia

Disminución en la percepción de los estímulos sensoriales. Esta condición puede estar asociada con causas orgánicas, como el de-

lirium, los procesos infecciosos cerebrales y la confusión mental. Además, es posible que se presente en los estados afectivos severos. Por ejemplo, durante situaciones catastróficas, es probable que algunas personas no se den cuenta de sus heridas hasta que la situación aguda ha pasado.

Agnosia

Incapacidad para identificar objetos a través de los órganos de los sentidos, lo cual puede afectar cualquier área sensorial, como la visión, el tacto o la audición. Por ejemplo, en el caso de la agnosia auditiva, el individuo puede escuchar el timbre del teléfono, aunque no sea capaz de reconocerlo. Es posible que esta condición esté asociada con accidentes cerebrovasculares, traumatismos o infecciones del sistema nervioso.

Distorsiones visuales

Alteraciones que pueden afectar la percepción del tamaño, como la micropsia (de grande a pequeño) y la macropsia (de pequeño a grande), así como la coloración de los objetos, por ejemplo, la xantopsia (amarillo), la eritropsia (rojo), la cloropsia (verde), entre otras. Es posible que estas alteraciones sean causadas por diversas condiciones, como intoxicaciones atropínicas y colinérgicas, crisis convulsivas, trastornos retinianos, cataratas y lesiones del lóbulo parietal.

Trastornos cualitativos

Error de percepción

Percepción irreal que es desencadenada por un estímulo externo y puede ser corregida por el individuo al tener una confrontación. Por ejemplo, cuando una persona confunde la sombra de una cortina con una figura humana al despertar, pero se da cuenta de que era solo la cortina al encender la luz, por lo que desaparece la per-

cepción irreal. El error de percepción puede observarse en estados emocionales como el miedo y la ansiedad.

Ilusión

Imagen provocada por una falsa percepción de la realidad, debido a que el individuo interpreta de manera errónea los datos percibidos por sus sentidos. Por lo general, la percepción no cambia, aunque el sujeto reconozca la realidad, y puede encontrarse en cualquier persona. Las ilusiones ópticas suelen presentarse cuando la realidad es percibida de diversas maneras. Por ejemplo, cuando se introduce un lápiz en un vaso con agua, el lápiz se ve torcido.

Alucinación

Percepción sin objeto o estímulo externo, que no puede ser corregida por el individuo, incluso ante una confrontación lógica. Cabe destacar que esta percepción tiene las mismas cualidades que una sensación y es involuntaria. Es posible que estas percepciones se manifiesten en cualquier órgano de los sentidos. Las alucinaciones son *elementales*, carentes de significado, o *complejas*, tienen sentido solo para quien las experimenta.

A continuación, se enuncian los tipos de alucinaciones:

- *Auditivas*: son las más frecuentes y suelen presentarse en personas con estados depresivos y psicóticos, episodios maníacos, esquizofrenia, delirium, tumores cerebrales y accidentes cerebrovasculares. Estas alucinaciones pueden ser:
 - » *Elementales*: también se conocen como *acúfenos* y, por lo general, son de causa orgánica.
 - » *Complejas*: pueden manifestarse a través de sonidos musicales o de voces que emiten palabras o frases completas.

- *Visuales*: pueden ser *elementales*, como lucecillas, destellos de luz o relámpagos, generalmente de causa orgánica, como en las migrañas, o *complejas*, las cuales representan personas, animales y objetos, ya sea con o sin movimiento. Las alucinaciones complejas están asociadas con diversos trastornos, como el delirium, la esquizofrenia, el síndrome de abstinencia, los estados orgánicos, como los trastornos metabólicos y tóxicos, la enfermedad de Parkinson, la epilepsia, entre otros.
- *Olfativas y gustativas*: suelen ir juntas y son frecuentes en los estados de confusión mental, las crisis convulsivas y en los episodios de ideas delirantes. Si aparecen aisladas, es preciso que se descarten procesos tumorales.
- *Táctiles*: pueden ser *activas*, cuando la persona siente que toca algo que no existe, y *pasivas*, cuando el individuo tiene la sensación de que alguien lo está tocando. Estas alucinaciones suelen asociarse con delirios de tipo mixto o intoxicaciones por sustancias como la cocaína.
- *Cenestésicas*: suelen experimentarse en el esquema corporal. Por ejemplo, el individuo puede sentir animales en el abdomen o tener la sensación de que un órgano se encuentra en un sitio diferente al real. Por lo general, estas alucinaciones se presentan en individuos con esquizofrenia.
- *Cinestésicas*: se observan cuando la persona experimenta una posición o un movimiento irreal del cuerpo o de alguna de sus partes. Por ejemplo, puede sentir que está elevada, que uno de sus miembros se está moviendo cuando, en realidad, está quieto, o que una fuerza le impide moverse. Este tipo de alucinaciones suele presentarse en individuos con delirium y esquizofrenia.

- *Pseudoalucinaciones*: son aquellas que se experimentan dentro del cuerpo. La persona manifiesta que escucha voces o murmullos interiores. Aunque comparten características con otros tipos de alucinaciones, estas se diferencian porque no se proyectan al mundo exterior. Este tipo de alucinaciones son comunes en personas con esquizofrenia.

Autoimagen fantasma

El individuo se observa a sí mismo, pero no logra reconocerse. Experimenta una sensación de desdoblamiento corporal, es decir, no se siente presente en el lugar donde se encuentra, sino que tiene la impresión de estar caminando por un sitio lejano. Este tipo de alucinaciones suele presentarse en personas alcohólicas, con *delirium* o en estados tóxicos e infecciosos.

Alucinosis

Son percepciones que carecen de objeto. El individuo que las experimenta suele ser consciente de su carácter irreal, por lo que las cuestiona de inmediato. Este tipo de alucinaciones son frecuentes en personas con epilepsia del lóbulo frontal o en casos de intoxicación por sustancias como el alcohol, la cocaína y la marihuana.

2.2.1.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Riesgo de alucinaciones visuales R/C administración de opioides.
- Disminución de la agudeza auditiva R/C edad avanzada y E/P falta de respuesta a las preguntas formuladas.

- Aumento de la percepción sensorial R/C dilatación vascular cerebral y E/P aumento de la sensibilidad al ruido.
- Disminución del gusto y el olfato R/C enfermedades infecciosas y E/P incapacidad para distinguir diferentes olores y sabores.
- Alucinaciones auditivas R/C consumo de sustancias psicoactivas y E/P escucha voces u otros sonidos sin aunque ninguna fuente externa real los produzca.



2.2.2. Pensamiento

Conjunto de ideas, símbolos, imágenes y asociaciones que conducen a una conclusión lógica y a la resolución de problemas. Hace referencia a los procesos mentales voluntarios o involuntarios, los cuales son empleados por el individuo para representar la realidad y establecer conexiones entre el mundo interno y externo. Gracias a este proceso mental, el individuo puede realizar acciones, tales como conceptualizar, analizar, reflexionar, planificar, prever, saber y comprender. El pensamiento se desarrolla a partir de los aprendizajes y las experiencias de cada persona. Normalmente, en los adultos, el pensamiento es lógico y racional.

Es importante destacar que se basa en los principios de identidad, espacialidad, temporalidad, causalidad y no contradicción, los cuales corresponden a los postulados de la *lógica aristotélica*.

- Principio de identidad: se explica que todo objeto es igual a sí mismo. Por lo tanto, Pablo es Pablo, y no Juan.
- Principio de espacialidad: se especifica el lugar que ocupa un objeto o su extensión en el espacio. Por lo tanto, un mismo objeto no puede estar en dos lugares diferentes a la vez.
- Principio de temporalidad: se explica que el tiempo es secuencial. Por lo tanto, el mañana no puede estar en el ayer.
- Principio de causalidad: se puntualiza que todo efecto tiene una causa y que esta causa debe preceder al efecto.
- El principio de no contradicción: se establece que, si una cosa es una cosa, no puede ser lo contrario de sí misma a la vez. Por lo tanto, el clima puede ser húmedo o seco, pero no ambas cosas simultáneamente.

Se considera que una persona no presenta este tipo de alteraciones cuando su pensamiento es lógico, coherente y acorde con la realidad. Además, tanto su velocidad como su continuidad suelen ser adecuadas.

2.2.2.1. Valoración del pensamiento

El pensamiento no solo se expresa a través del lenguaje oral, escrito y mímico, sino también mediante la conducta. Durante la entrevista, el pensamiento se valora por medio de la observación y el diálogo. Asimismo, es importante que se evalúen tres aspectos: la forma, el curso y el contenido del pensamiento.

- En la *forma* se valora la lógica formal del pensamiento. Se tiene en cuenta si la persona cumple con los

principios de identidad, espacialidad, temporalidad, causalidad y de no contradicción.

- En el *curso* se valora el ritmo, la velocidad y la continuidad de las asociaciones.
- En el *contenido* se valora el tipo de ideas que se producen.

2.2.2.2. Trastornos del pensamiento

Los trastornos del pensamiento se dividen en trastornos en *la forma*, *el curso*, *la continuidad* y *el contenido*.

Trastornos en la forma

Pensamiento ilógico

Es aquel que se aparta de la lógica formal. Este tipo de pensamiento se manifiesta cuando no se cumple con uno de los postulados aristotélicos. Dentro de este grupo se encuentran el pensamiento animista, mágico, autista, dereístico, entre otros.

- *Pensamiento animista*: es aquel que atribuye vida a objetos inanimados. En los niños, esto es normal, pero no lo es en un adulto que, al tropezar con una mesa, considera que la mesa es agresiva porque lo golpeó. Este tipo de pensamiento también puede presentarse en personas con esquizofrenia.
- *Pensamiento mágico*: es aquel que atribuye una causa o un efecto a una situación sin fundamento lógico o causal. Se puede observar en las personas que creen que sus pensamientos, palabras o acciones tendrán consecuencias en el exterior. Este pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas sobrenaturales,

creencias o especulaciones sin una base empírica, lo cual conduce al sujeto a otorgarle poderes especiales o cualidades extrañas a los objetos.

Este tipo de pensamiento, que es propio de los niños, puede encontrarse en mitos y leyendas. Además, es la base de un sinnúmero de supersticiones, como el uso de amuletos. Es importante considerar que estas supersticiones tienen un origen religioso o cultural y, por lo tanto, se manifiestan de manera singular en cada individuo.

Se presenta como un trastorno en las personas con esquizofrenia, fobias o trastorno obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, es posible que un sujeto haga rituales para evitar situaciones desagradables o que le generan ansiedad.

- *Pensamiento autista*: es una interpretación personal de los hechos externos y está basada en los impulsos y las fantasías del sujeto. Este tipo de pensamiento otorga significados subjetivos a los acontecimientos que se encuentran alejados de la realidad. Por ejemplo, una persona con esquizofrenia podría llegar a pensar que, en el mensaje de una propaganda televisa, se halla implícita una señal que quieren transmitirle.
- *Pensamiento fantasioso o dereístico*: es aquel en el cual la fantasía no es modificada por la lógica, la experiencia o la realidad. El individuo puede utilizarla para evadir los problemas o hacerlos más tolerables. Respecto a su duración, puede ser breve o convertirse en un estilo de vida. El pensamiento fantasioso o dereístico suele encontrarse en personas tímidas y sin trastornos mentales. Sin embargo, cuando se presenta de manera patológica, es común que se manifieste en sujetos con esquizofrenia, mitomanía y trastornos de personalidad narcisista, histriónica y antisocial.

Alogia

Es una falta de lógica asociada con el empobrecimiento del pensamiento, la ausencia o la disminución del lenguaje espontáneo, el aumento de la latencia de respuesta, los bloqueos y las dificultades para la abstracción. La alogia es un síntoma negativo en sujetos con esquizofrenia.

Trastornos en el curso

En el ritmo o la velocidad del pensamiento

Fuga de ideas

El flujo ideatorio se acelera considerablemente, generando asociaciones rápidas y consecutivas, por lo que el sujeto puede expresar una idea antes de concluir la anterior. El flujo es tan rápido que el discurso suele llegar a la incoherencia. Este síntoma es común en la fase maníaca del trastorno afectivo bipolar, así como en los individuos esquizofrénicos que presentan agitación.

Taquipsiquia

La persona experimenta un aumento del flujo ideatorio y una mayor rapidez en las asociaciones mentales. Es importante destacar que el individuo nunca llega a la incoherencia. Este síntoma puede observarse en aquellos individuos que consumen sustancias estimulantes o que presentan estados de ansiedad, manía o hipomanía.

Bradipsiquia

Disminución en el flujo y la asociación de las ideas. El individuo presenta dificultades para comprender la información. Este trastorno no solo se observa en sujetos con estados depresivos y psicóticos, sino también en condiciones como el envejecimiento, las demencias y el alcoholismo crónico.

Retardo o inhibición verbal

La ideación lenta del pensamiento se manifiesta a través de la lentitud en la expresión oral y escrita. Además, este trastorno puede ir acompañado de disartria o de dificultades para articular palabras en voz alta. En casos extremos, es posible que los individuos lleguen a presentar semimutismo o mutismo. La inhibición verbal suele observarse en personas con estados depresivos severos, esquizofrenia o traumas craneoencefálicos.

Prolijidad y circunstancialidad

El discurso se caracteriza por ser profuso en detalles superfluos e innecesarios. La persona tiene dificultades para separar lo esencial de lo secundario, lo cual se refleja en un exceso de rodeos innecesarios. No obstante, a pesar de los rodeos, el individuo siempre logra volver al tema central. Este síntoma puede presentarse en sujetos con ideas obsesivas, déficit cognitivo, demencia, epilepsia y estados hipomaniacos.

En la continuidad del pensamiento

Bloqueo o intercepción

Suspensión súbita de la continuidad y del flujo del pensamiento, lo cual lleva al sujeto a hacer una pausa y guardar silencio. Después de la pausa, la persona suele retomar la idea que tenía antes de la interrupción. Es importante destacar que su duración puede variar.

Este trastorno suele observarse en individuos con esquizofrenia, demencia, traumas emocionales, temor a hablar en público o delirium.

Disgregación

Falta de un ordenamiento lógico de las ideas, que se manifiesta cuando no existe una línea directriz que guíe el pensamiento.

En este caso, el individuo puede expresar frases desordenadas, así como palabras sueltas o monosílabos sin un contexto lógico, lo cual resulta en un pensamiento incoherente.

La disgregación se presenta como síntoma negativo en los individuos con esquizofrenia, manía e intoxicaciones por cocaína o anfetaminas.

Perseveración

Adherencia o persistencia en una idea o una palabra específica, lo cual provoca una interferencia en la continuidad normal del pensamiento. La persona tiene dificultad para sustituir una idea o una palabra por otra, de modo que su respuesta siempre será la misma. Por ejemplo, al preguntarle su nombre y, posteriormente, dónde vive, el individuo seguirá respondiendo siempre con su nombre, independientemente de la pregunta.

Este trastorno puede observarse en sujetos con demencia, epilepsia, esquizofrenia, déficit cognitivo o trauma craneoencefálico.

Tangencialidad

Respuestas que no llegan al tema central, aunque, de alguna manera, guarden una conexión con él. Por ejemplo, cuando se le pregunta al individuo sobre su país de origen, en lugar de responder “Italia”, menciona su comida favorita, la pasta.

Este trastorno puede observarse en personas con esquizofrenia o en aquellos sujetos que intentan evitar el tema central debido a la angustia intensa que les provoca.

Irrelevancia

Ausencia total de relación entre las respuestas y las preguntas realizadas. Por ejemplo, cuando se le pregunta al individuo cuántos años tiene, responde que su camisa es azul. El sujeto no se da cuenta de la ausencia de conexión entre la pregunta y la respuesta.

Este trastorno se presenta en los estados psicóticos, así como en la esquizofrenia y la demencia.

Pararrespuesta

Respuestas incorrectas o absurdas que son proporcionadas de manera intencional. Este trastorno puede presentarse en las personas que evitan responder una pregunta directa, así como en aquellos individuos que padecen de esquizofrenia, catatonía o síntomas residuales.

Trastornos en el contenido

Idea prevalente o fija

Idea que el sujeto experimenta de manera persistente, imponiéndose en contra de su voluntad. Por ejemplo, la idea constante de tener una relación afectiva con alguien o de ser un profesional en una disciplina determinada.

Las rumiaciones psicológicas son ideas fijas que normalmente están asociadas a preocupaciones sobre temas reales. Por lo general, son pensamientos negativos y repetitivos, lo cual lleva a la persona a buscar posibles soluciones para abordarlos. Es importante destacar que las rumiaciones psicológicas pueden presentarse en personas con trastornos de ansiedad y depresión.

Idea sobrevalorada

Idea con una sobrecarga afectiva que impide al individuo reconocer su inexactitud. Este trastorno puede observarse en los hinchas de un equipo de fútbol, los fanáticos religiosos o los políticos, quienes, al aferrarse a sus ideas, son capaces de desencadenar conflictos, discusiones o disturbios.

Idea obsesiva

Idea absurda, persistente y repetitiva que el sujeto reconoce como propia, pero se escapa de su control. Este tipo de idea es característica del trastorno obsesivo-compulsivo.

Una de las ideas más frecuentes es la preocupación excesiva por la contaminación. Por ejemplo, la persona teme contagiarse de gérmenes cuando entra en contacto con diferentes objetos.

Idea fóbica

Idea asociada a un miedo excesivo e irracional hacia un objeto o una situación en particular. Por ejemplo, la fobia a los insectos, como las arañas, a la oscuridad, a estar en lugares cerrados, a las inyecciones, a hablar en público, etc.

Idea hipocondríaca

Idea excesiva y angustiosa de sufrir una enfermedad sin explicación aparente en los exámenes clínicos y paraclínicos. Por lo general, el sujeto asiste a controles médicos para que le diagnostiquen la enfermedad que cree tener. Es posible que se encuentre asociada con síntomas depresivos y ansiosos.

Idea de muerte o de suicidio

Idea relacionada con el temor o el deseo de morir. Esta puede surgir en aquellas personas que han experimentado la pérdida de un ser querido, un objeto preciado o una posición social que consideraban de gran valor.

Idea delirante o delirio

Idea ilógica, falsa e incorregible que se mantiene a pesar de la evidencia y la razón. A continuación, se presentan algunos tipos de ideas delirantes.

- *Idea delirante paranoide o de persecución*: el sujeto puede experimentar la sensación de estar siendo perseguido por agentes de organizaciones especiales o dejar de comer al creer que su familia lo está envenenando. Este tipo de idea es característica de los cuadros de esquizofrenia.

- *Idea delirante referencial*: creencia falsa en la que los acontecimientos externos tienen un significado especial para el individuo. Por ejemplo, cuando los compañeros de trabajo se reúnen, el sujeto piensa que están buscando motivos para que lo despidan. Esta idea es común en personas con esquizofrenia.
- *Idea delirante de influencia*: el sujeto cree que es controlado por personas o fuerzas externas, mágicas y sobrenaturales. Por ejemplo, el individuo supone que los extraterrestres lo contactan cada noche para encomendarle una misión en la Tierra.
- *Idea delirante de grandeza*: la persona cree que tiene poderes, talentos o habilidades especiales, lo cual la conduce a percibirse como un superhéroe, la virgen María o Dios. Este tipo de idea suele manifestarse en la fase de manía del trastorno afectivo bipolar.
- *Idea delirante de culpa*: el sujeto piensa que es culpable o responsable de un evento, a pesar de que esto no sea cierto. Por ejemplo, puede llegar a creer falsamente que la muerte de un ser querido fue resultado de su propia acción, aunque no haya tenido ningún control sobre dicho acontecimiento. Este tipo de idea suele presentarse en personas con depresión patológica.
- *Idea delirante nihilista*: idea relacionada con la negación del cuerpo, de un órgano o de la mente. Es común en personas con depresión psicótica. Por ejemplo, si se le pregunta a un sujeto con esta patología por qué no come, puede responder que no tiene estómago y, por lo tanto, le es imposible hacerlo.
- *Idea delirante celotípica*: la persona cree falsamente que su pareja le es infiel, lo que la lleva a buscar constantemente pruebas que respalden esta idea. En ocasiones, la puede conducir a cometer actos violentos. Es posible que se presente en personas con alcoholismo, demencias y personalidades paranoides.

2.2.2.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Bloqueo en la continuidad ideatoria R/C depresión y E/P conversación que se interrumpe de manera abrupta y viene acompañada de una pausa.
- Aumento en el curso del pensamiento R/C consumo de anfetaminas y E/P exceso de velocidad en el flujo ideatorio.
- Alteración en el contenido del pensamiento R/C ansiedad por perder la salud y E/P preocupación excesiva por la aparición de enfermedades.
- Riesgo de ideas suicidas R/C antecedente de abuso sexual.
- Ideas de minusvalía R/C duelo de pareja y E/P manifestación de inutilidad o de no servir para nada.



2.2.3. Lenguaje

El lenguaje es una actividad psíquica que se manifiesta a través de un conjunto de signos, ya sean sonidos articulados o inarticulados, signos gráficos o gestos. A su vez, es la expresión del pensamiento y las emociones. Este puede ser oral, escrito o mímico. Por lo general, los individuos lo emplean para comunicarse y llevar una vida socialmente activa.

Es importante mencionar que tanto el lenguaje verbal como el escrito poseen una estructura sintáctica y están sujetos a reglas gramaticales.

2.2.3.1. Valoración del lenguaje

Para hacer la valoración, es importante evaluar el lenguaje oral, así como el escrito y el mímico. Además, siempre se deben considerar aspectos como la edad, la condición cultural y el nivel educativo de la persona.

Valoración del lenguaje oral

En la valoración se deben tener en cuenta la cantidad, el contenido y la calidad del lenguaje oral, incluyendo la velocidad, el volumen y el tono. A su vez, es importante considerar la prosodia, la cual se refiere a los componentes armónicos del lenguaje, especialmente a las variaciones de la voz y el timbre. Asimismo, es necesario que se valore la fluidez, la comprensión, la repetición y la denominación del lenguaje oral.

La fluidez

Se refiere a la cantidad de palabras que un sujeto es capaz de articular en un tiempo determinado. En ocasiones, estas palabras pueden carecer de sentido. Por otra parte, la valoración de la fluidez del lenguaje se realiza mediante la escucha del habla espontánea de un individuo o de su capacidad para describir un dibujo.

La comprensión

Se solicita a la persona que señale los objetos mencionados por el entrevistador o que describa su función. Además, puede pedírsele que siga una instrucción en tres etapas.

La repetición

Se solicita al sujeto que repita las frases en orden de complejidad.

La denominación

Se le pide al individuo que nombre las partes de un objeto.

Valoración del lenguaje escrito

Para llevar a cabo la valoración, se le solicita a la persona que haga una descripción escrita de un dibujo o que anote su nombre y dirección en una hoja. Además, se le puede pedir que realice un pequeño dictado o que haga una copia de un dibujo o una frase.

Asimismo, se valora la comprensión de un escrito y la coherencia entre el lenguaje oral y el escrito.

Valoración del lenguaje mímico

La comunicación no verbal se realiza a través del lenguaje corporal, como la mímica y los gestos. Con respecto al lenguaje mímico, la expresión externa o prosodia involucra acciones como fruncir el ceño, reír, alzar las cejas, entre otros.

Durante la valoración, es importante observar la mímica del sujeto, así como sus facies. Asimismo, se le debe prestar atención al movimiento de las manos y de las extremidades, evaluando si están aumentados, disminuidos o ausentes. Además, es esencial verificar la concordancia entre la mímica, el estado afectivo y el lenguaje oral.

2.2.3.2. Trastornos del lenguaje

Los trastornos del lenguaje se clasifican en *trastornos del lenguaje oral, escrito y mímico*.

Trastornos en el lenguaje oral

Trastornos en la articulación

Disartria

Dificultad para articular sílabas, vocales o consonantes. La disartria se puede manifestar en los estados de embriaguez, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad de Parkinson.

Anartria

Es el grado más intenso de disartria, en el cual, el sujeto solo emite gorgojeos. Este tipo de disartria se observa en personas con lesiones cerebrales, accidentes cerebrovasculares y afasias motoras o de Broca.

Trastornos de la fonación

Afonía

La incapacidad para emitir palabras es ocasionada por la pérdida de la voz. Este trastorno se presenta en casos de laringitis, trastorno conversivo o daño severo de las cuerdas vocales.

Disfonía

Alteración del tono y del timbre de la voz. Se presenta en personas con ansiedad o que realizan un gran esfuerzo fonador, como cantar en eventos e impartir clases consecutivas. Asimismo, puede observarse en el tabaquismo y los estados depresivos.

Hipofonía

El volumen de la voz es muy bajo. Este trastorno se observa en personas con estados depresivos, alteraciones de la laringe y esquizofrenia.

Dislalia

El sujeto no puede pronunciar ciertos fonemas o grupos de fonemas. Algunas de las dislalias más comunes son el *rotacismo*, que se refiere a la dificultad para pronunciar la letra “r”; el *lambdaicismo*, que consiste en pronunciar la letra “l” cuando hay una “r” en la posición final de una sílaba, y el *sigmatismo*, que se caracteriza por la dificultad para pronunciar correctamente la letra “s”.

Las principales causas son el mal manejo o funcionamiento del aparato fonador, así como los defectos en los órganos que intervienen en el habla, como el paladar hendido o el frenillo lingual.

Musitación

El sujeto mueve los labios sin emitir ningún sonido. En ocasiones, la voz es como un susurro. Es común en individuos con alucinaciones auditivas, esquizofrenia y depresión severa.

Trastornos de la entonación y el ritmo

Taquilalia o logorrea

La persona se centra en un tema y experimenta un aumento excesivo en el flujo de palabras. Este trastorno es característico de los estados maníacos e hipomaníacos, así como de los estados de angustia y pánico. Es posible que también se presente en las personas que abusan de la cocaína.

Bradilalia

Lentitud excesiva en el flujo de palabras. Cabe señalar que está presente en los estados depresivos, así como en las personas con tumores cerebrales, esclerosis múltiple y Parkinson.

Verborrea o verbigeración

Repetición de palabras y frases sin tener en cuenta su significado. Este trastorno se puede observar en personas con esquizofrenia y estados de confusión mental.

Soliloquio

Acto de hablar en voz alta con un interlocutor imaginario o consigo mismo. Este puede ser un hábito normal cuando la persona lo utiliza para recordar algunas tareas, como comprar algo en el supermercado o hacerle frente a la soledad. Sin embargo, patológicamente hablando, el soliloquio se puede observar en personas con crisis alucinatorias y estados delirantes.

Bloqueos

Pausas en la expresión del lenguaje debido al olvido de palabras. Este trastorno es común en personas con Alzheimer y demencias vasculares. Además, puede presentarse en individuos con pánico escénico.

Disprosodia

Alteración que afecta la entonación y el ritmo del discurso. Generalmente, hay una ausencia de gestos y de expresiones faciales, lo cual resta emoción al discurso. Este trastorno se presenta en las personas con esquizofrenia, depresión y algunas lesiones temporoparietales.

Trastornos por ausencia

Mutismo

Supresión completa de la expresión verbal por pérdida de la iniciativa o de la propia voluntad. El mutismo puede manifestarse en las personas que, debido a sus circunstancias, experimentan vergüenza o miedo a hablar. Desde el punto de vista patológico, este

trastorno se presenta en individuos con esquizofrenia, trastornos afectivos, autismo y algunas alteraciones metabólicas.

Trastornos reiterativos del lenguaje

Ecolalia

Repetición automática e involuntaria de las palabras o frases emitidas por otra persona, de modo que el individuo nunca ofrece una respuesta propia. Generalmente, el sujeto repite las frases dirigidas a él, utilizando la misma entonación que el interlocutor original. Por ejemplo:

—Entrevistador: ¿Cómo se siente?

—Persona: ¿Cómo se siente?

La ecolalia se presenta en personas con esquizofrenia, demencias y déficit cognitivo.

Coprolalia

Uso incontrolable y obsesivo de palabras obscenas en el discurso, las cuales no le aportan ningún significado adicional al contenido. Este trastorno se presenta en personas con esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, manías delirantes y síndrome de Gilles de la Tourette.

Disfemia o tartamudez

Interrupciones intermitentes en la fluidez del habla. La persona puede repetir sílabas al inicio de las palabras, decir palabras fragmentadas o bloquearse en medio de las palabras. Se asocia con causas genéticas y experiencias traumáticas.

Estereotipia verbal

Repetición frecuente o anormal de una sílaba o un vocablo. Esta repetición acaece de manera recurrente, pero no continua. Por ejemplo, el sujeto intercala muletillas como “pues” o “sí” durante su discurso. En términos patológicos, este trastorno se presenta en personas con esquizofrenia y demencia frontotemporal.

Perseveración

Repetición iterativa de una palabra o de un conjunto de palabras. El individuo utiliza cada vez que desea expresarse verbalmente, incluso si no tienen una relación con el objeto o situación presente. Por ejemplo, si se señala un lápiz y se le pide a la persona que diga su nombre, lo mencionará correctamente. Sin embargo, si se le muestra un cuaderno posteriormente, volverá a decir “lápiz”. La perseveración se presenta en los sujetos con trastornos orgánicos cerebrales, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo y estados de ansiedad.

Logoclonía

Repetición iterativa e involuntaria de la sílaba final de una palabra. Por ejemplo, al decir “me siento enfermo”, el individuo repite la sílaba final de manera iterativa, como “mo...mo...mo...”. Este trastorno es frecuente en personas con Alzheimer.

Palilalia

Repetición involuntaria e iterativa de la última palabra. Por ejemplo, al decir “hoy fui de compras”, la persona repite la palabra “compras” de manera iterativa, como “compras... compras... compras”.

Este tipo de trastorno se puede observar en personas con esquizofrenia, accidentes cerebrovasculares y demencia frontotemporal.

Síndromes afásicos

Conjunto de trastornos que afectan la expresión o la comprensión del lenguaje oral o escrito. Los síndromes afásicos se manifiestan en personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares, así como en aquellos individuos con demencias, tumores cerebrales e infecciones en el sistema nervioso central.

A continuación, se presentan algunos tipos de afasias:

- *Afasia sensorial, de comprensión o de Wernicke*: incapacidad para elaborar el lenguaje, así como para identificar y comprender los signos verbales o gráficos. La persona no entiende lo que se le dice o no comprende lo que lee. La afasia sensorial puede presentarse en personas con dislexia, afasia o trastornos del aprendizaje.
- *Afasia motora, de expresión o de Broca*: capacidad de comprender el lenguaje, aunque la expresión oral y escrita no sea fluida. Es posible que la persona presente alteraciones en la repetición y la sintaxis. El sujeto no puede hablar espontáneamente, repetir lo que oye o leer en voz alta. El individuo suele ser consciente de su déficit.

Este trastorno puede presentarse en sujetos que han sufrido accidentes cerebrovasculares, así como en aquellas personas con traumatismos craneales y enfermedades neurodegenerativas.

- *Afasia nominal*: incapacidad para establecer asociaciones entre las palabras y los objetos observados. La persona que la padece puede describir o mencionar el uso del objeto, pero no recordar cuál es la palabra utilizada para nombrarlo. La afasia nominal se observa en individuos con trastornos del lenguaje, lesiones cerebrales o enfermedades neurodegenerativas.

Trastornos relacionados con las afasias

Las parafasias y los neologismos son alteraciones de tipo semántico y se presentan cuando hay cuadros de afasia.

Parafasia

Deformaciones parciales o sustituciones completas de las palabras. A continuación, se presentan algunos tipos de parafasias:

- *Parafasias fonéticas*: se altera la fonación de la palabra, ya sea por omisión, sustitución o adición de un fonema. Por ejemplo, la persona no dice lápiz, sino tapiz.
- *Parafasias semánticas*: se realiza una sustitución de palabras por términos que están semánticamente relacionados. Por ejemplo, en lugar decir lápiz, dice borrador; en lugar de decir chaqueta, dice abrigo.
- *Parafasias verbales*: se sustituye una palabra por otra con un significado distinto. Por ejemplo, en lugar de decir piedra, dice coche.

Neologismo

Se refiere a la invención de palabras o de términos que solo tienen un significado para quien las creó. Es frecuente en personas con autismo infantil, afasias sensoriales y esquizofrenia.

Trastornos en el lenguaje escrito

Disgrafía

Dificultad para escribir letras correctamente. Este trastorno puede manifestarse en individuos con alcoholismo crónico, enfermedad de Parkinson y estados de demencia.

Agrafia

Pérdida de la capacidad de escribir de forma legible y comprensible. Este trastorno es causado por lesiones en el sistema nervioso central.

Dislexia

Tendencia a leer las palabras al revés y dificultad para diferenciar letras que, pese a tener la misma configuración, están orientadas de una manera distinta, como la *p* y la *q* o la *d* y la *b*.

Alexia

Pérdida de la capacidad de leer de forma correcta y comprensible. Esto puede ocurrir, a pesar de que la sensibilidad y la motricidad del sujeto estén intactas. Es posible que la persona copie y deletree palabras, incluso si es incapaz de leerlas. Este trastorno se presenta en individuos con algunas lesiones cerebrales.

*Trastornos en el lenguaje mímico**Trastornos cuantitativos**Hipermimia*

Exageración de los gestos y los ademanes. Este trastorno está relacionado con los estados maníacos y la agitación psicomotriz.

Hipomimia

Disminución de los gestos y los ademanes. Este trastorno puede observarse en personas con esquizofrenia, depresión, enfermedad de Parkinson y síndromes orgánicos, tales como el hipotiroidismo.

Trastornos cualitativos

Paramimia

Discordancia entre los gestos y el lenguaje verbal. Este trastorno se puede presentar en personas con esquizofrenia, déficit cognitivo y estados estuporosos.

Ecomimia

Repetición de los gestos y los ademanes de la persona que se encuentra enfrente. Este trastorno puede presentarse en personas con déficit cognitivo, demencia y esquizofrenia.

2.2.3.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Dificultad para articular palabras o fonemas R/C irrigación cerebrovascular insuficiente y E/P emisión de gorgojeos.
- Alteración de las expresiones faciales R/C síndromes orgánicos cerebrales y E/P disminución de gestos faciales.
- Disartria R/C lesiones cerebrales y E/P dificultad para articular sonidos y palabras.
- Taquialia R/C estado de ansiedad y E/P rapidez en el ritmo del lenguaje.
- Disgrafía R/C déficit del tono muscular y E/P dificultad para escribir letras.



2.2.4. Memoria

Es una actividad psíquica que permite a los sujetos recordar y reproducir vivencias del pasado. Este proceso está compuesto por tres etapas:

- *Registro*: proceso mediante el cual los estímulos, como imágenes, sonidos, acontecimientos o ideas, son transformados en una representación mental.
- *Almacenamiento*: capacidad de retener una memoria para recuperarla posteriormente.
- *Recuerdo*: capacidad de evocar, ya sea automáticamente o por esfuerzo voluntario, un registro almacenado con anterioridad.

La memoria se puede clasificar en diferentes tipos, por ejemplo:

- *La memoria retrógrada* (a largo plazo) y *anterógrada* (a corto plazo).
- *La memoria remota* (acontecimientos reunidos semanas, meses o años antes), *reciente* (acontecimientos reunidos días antes) e *inmediata* (acontecimientos reunidos minutos antes).
- *La memoria no declarativa* permite la recuperación de rutinas de forma no consciente y no intencional. Está relacionada con la memoria de procedimientos, como montar en bicicleta. La memoria *declarativa* está en la conciencia y se divide en tres tipos: memoria de trabajo, memoria semántica y memoria episódica.
 - » *La memoria de trabajo* es la capacidad de retener, por un periodo limitado de tiempo, pequeñas cantidades de información, las cuales se usan de forma inmediata y frecuente. Por ejemplo, recordar un número de teléfono en el momento adecuado. Es importante tener en cuenta que esta capacidad disminuye con la edad.
 - » *La memoria semántica* es un conocimiento del conjunto de palabras, conceptos y significados que una persona posee. Este tipo de memoria abarca aspectos de la cultura general, como saber que Bogotá es la capital de Colombia.
 - » *La memoria episódica* es la capacidad de recordar eventos y experiencias pasadas autobiográficas que están asociadas con fechas específicas. Por lo general, viene acompañada de un componente emocional.

2.2.4.1. Valoración de la memoria

Durante la entrevista, la memoria se puede valorar de dos maneras:

- *Libre o espontánea*: se solicita a al individuo que recuerde diferentes acontecimientos, como situaciones personales o generales.
- *Serial*: se pide a la persona que nombre elementos en un orden específico, como recitar los números de forma ascendente y descendente, enunciar los objetos después de dos minutos de haberlos mencionado por primera vez, o repetir una frase específica.

Para valorar la *memoria inmediata*, el entrevistador puede hacer preguntas relacionadas con los datos suministrados por el sujeto durante la entrevista. Por ejemplo, se mencionan tres colores, tres objetos y una frase, a fin de que el sujeto los memorice. Después de unos minutos y de haber conversado sobre diversos temas, el entrevistador formulará preguntas relacionadas con los temas mencionados al comienzo de la entrevista.

En la valoración de la *memoria reciente*, el entrevistador plantea preguntas relacionadas con los eventos más recientes en la vida del individuo o en su entorno. Por ejemplo, se le puede preguntar a qué hora salió de su casa, qué medio de transporte utilizó, quién lo acompaña, a qué hora tenía la cita, con quién ha estado durante el día, etc.

Durante la evaluación de la *memoria remota*, el entrevistador invita al sujeto a compartir recuerdos relacionados con la niñez, la escuela o acontecimientos que tuvieron lugar en las etapas tempranas de su vida, como cumpleaños, fechas nacionales memorables, dónde estudió o trabajó, etc.

2.2.4.2. Trastornos de la memoria

Los trastornos de la memoria se clasifican en *cuantitativos* y *cualitativos*.

Trastornos cuantitativos

Hipermnesia

Aumento de la capacidad para almacenar y evocar detalles de manera meticulosa. En los estados maníacos, la hipermnesia es transitoria. La hipermnesia se puede presentar en personas con pensamiento obsesivo, déficit cognitivo y trastorno del espectro autista.

Amnesia

Pérdida de la memoria que puede ser transitoria o permanente. Las *amnesias transitorias* suelen presentarse después de sufrir un trauma craneoencefálico, experimentar una crisis epiléptica, enfrentar eventos traumáticos o consumir sustancias psicoactivas.

Por otro lado, las *amnesias permanentes* están asociadas con los accidentes cerebrovasculares, el síndrome de Korsakoff o la demencia tipo Alzheimer.

A continuación, se presentan algunos tipos de amnesia:

- *Anterógrada o de fijación*: dificultad para registrar experiencias relacionadas con un evento específico. Esto genera vacíos de información o lagunas mentales, lo cual se conoce como *amnesia lacunar*.
- *Retrógrada o de evocación*: dificultad para evocar situaciones o experiencias previas en el presente.
- *Global*: alteración simultánea en las memorias de fijación y evocación.
- *Selectiva*: olvido de aquellos eventos que suscitan dolor. Por lo general, su origen es emocional.

Trastornos cualitativos

Paramnesias

Falsificaciones de la memoria causadas por alteraciones en los procesos de registro, almacenamiento o recuerdo de la información. La persona rememora acontecimientos que, en realidad, no sucedieron. Esta paramnesia se diferencia de la mentira, ya que el sujeto está convencido de haber vivido esos eventos.

A continuación, se presentan los trastornos relacionados con las paramnesias del recuerdo y del reconocimiento.

Paramnesias del recuerdo

Ilusión del recuerdo

Los recuerdos se rememoran de forma errónea, lo cual puede alterar su contenido. Esto sucede durante los estados emocionales intensos y las crisis de manía. Asimismo, puede presentarse en individuos con depresión e ideas delirantes asociadas a la esquizofrenia, etc.

Confabulación

El individuo tiene dificultad para recordar sucesos, lo que lo lleva a narrar eventos que, en realidad, no ocurrieron. Es importante mencionar que esto sucede porque la persona no es consciente de la alteración. Por ejemplo, si se le pregunta sobre un evento por segunda vez, podría relatar una versión diferente sin darse cuenta. Esta paramnesia suele presentarse en personas con alcoholismo crónico o síndromes mentales orgánicos, como tumores cerebrales, encefalitis y esclerosis múltiple.

Pseudología fantástica

La persona relata hechos fantásticos y absurdos como si fueran reales, debido a que presenta una distorsión severa del recuerdo.

Por ejemplo, puede decir que hizo un viaje interplanetario durante el fin de semana y que, posteriormente, regresó a la Tierra. Esta paramnesia es común en individuos con esquizofrenia crónica.

Falsos reconocimientos

El individuo cree que recuerda sucesos que nunca ha experimentado o reconoce como propios eventos que no ha vivido. Por ejemplo, una persona compra un objeto por primera vez, pero dice que lo ha vuelto comprar porque ya lo ha hecho con anterioridad. Esta paramnesia se presenta en sujetos con epilepsia, cuadros de disociación, esquizofrenia y depresiones psicóticas.

Síndrome de Capgras

incapacidad para identificar a una persona, debido a que el individuo considera que esta ha sido reemplazada. Por ejemplo, el sujeto no es capaz de reconocer a su madre y sostiene que una persona idéntica a ella ha tomado su lugar. Esta paramnesia se presenta en individuos con esquizofrenia, estados psicóticos, demencias neurodegenerativas y trauma en el lóbulo temporal derecho.

Prosopagnosia de Bodamer

la persona es incapaz de reconocer caras previamente conocidas, incluso la propia. Esta paramnesia se puede presentar en personas con demencia tipo Alzheimer, accidentes cerebrovasculares, tumores cerebrales y trauma craneoencefálico.

Agnosia

el individuo no es capaz de reconocer un objeto, aunque pueda percibir y distinguir sus características. Por ejemplo, al observar una foto, la persona es consciente de la presencia de otros sujetos y puede describir detalles sobre sus vestimentas; sin embargo, no logra reconocer a ninguna de las personas retratadas. Esta paramnesia está asociada con la demencia, los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos y las infecciones cerebrales.

Paramnesias del reconocimiento

Fenómeno de déjà vu

La persona experimenta una sensación de extraña familiaridad al enfrentarse a una situación completamente nueva. Es importante mencionar que este fenómeno es de corta duración y se presenta en todos los individuos o en situaciones de estrés emocional.

En situaciones patológicas, esta paramnesia está relacionada con la esquizofrenia y las crisis epilépticas del lóbulo temporal.

2.2.4.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

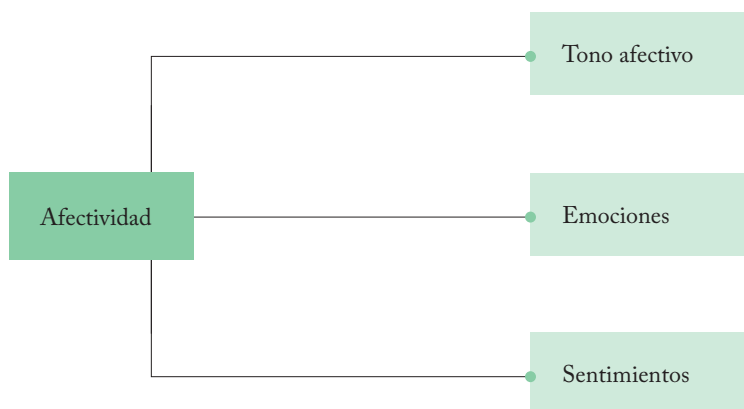
- Deterioro de la memoria inmediata R/C pérdida de las conexiones neuronales y E/P dificultad para recordar hechos sucedidos minutos antes.
- Confabulación R/C consumo crónico de alcohol y E/P dificultad para recordar sucesos, lo cual lleva al individuo a narrar eventos que realmente no sucedieron.
- Pérdida transitoria de la memoria R/C traumatismo craneal y E/P dificultad para recordar los detalles específicos del evento que desencadenó el trauma.
- Riesgo de sufrir una disminución de la memoria R/C administración de opiáceos.
- Aumento de la memoria R/C alteración del neurodesarrollo y E/P capacidad aumentada para almacenar y evocar detalles.

2.3. Funciones de la esfera afectiva

La esfera afectiva se define como la reacción que experimenta un sujeto ante los estímulos internos o externos. Esta se manifiesta a través de un conjunto de emociones y sentimientos.

Figura 6

La afectividad y sus componentes





2.3.1. Afectividad

La afectividad abarca los sentimientos, las emociones y el tono afectivo. Es importante destacar que es uno de los motores de la conducta.

La *emoción* es una reacción afectiva que se activa súbitamente debido a un estímulo, ya sea pasajero o crónico. Por lo general, es de corta duración y desencadena respuestas fisiológicas y conductuales. Las emociones pueden ser percibidas como placenteras o displacenteras por la persona. Es importante destacar que, aunque la expresión emocional es innata, puede verse alterada por el aprendizaje y la experiencia. Las emociones básicas son la alegría, la tristeza, la rabia, el miedo, la ansiedad y el desagrado (o asco).

El *sentimiento* es un estado afectivo subjetivo relativamente estable. Está influenciado por la personalidad y las experiencias previas. A diferencia de la emoción, los sentimientos suelen tener una repercusión fisiológica menos intensa. Algunos sentimientos son la felicidad, el rencor, el odio, la culpa y los celos.

El *tono afectivo* es un estado emocional que predomina en un momento dado, persiste durante un tiempo determinado y afecta cada momento vivencial. Las alteraciones en el tono afectivo producen cambios en la conducta, los cuales pueden llegar a ser patológicos. Cuando una persona no presenta alteraciones en su afectividad, se dice que se encuentra eutímica.

2.3.1.1. Valoración de la afectividad

Para evaluar la afectividad, es importante que se tengan en cuenta tanto los criterios objetivos como los subjetivos, incluyendo los sentimientos, las emociones y el tono afectivo dominante.

- *Objetivamente*: se valoran las facies, el comportamiento general, la postura, los gestos, el tono de voz y la expresión fisiológica de las emociones, como las lágrimas, el enrojecimiento facial, el aumento de la frecuencia respiratoria o cardíaca, la elevación de la presión arterial, las náuseas, el vómito, etc.
- *Subjetivamente*: el individuo describe su estado afectivo, ya sea de manera espontánea o como respuesta al interrogatorio. Se recomienda el uso de preguntas abiertas, por ejemplo: “¿Cómo se siente en este momento?” o “¿cuál es su estado de ánimo actual?”.

Se deben analizar varios aspectos relacionados con la afectividad, como la *congruencia* entre el estímulo y la respuesta afectiva, la *duración* e *intensidad* de la respuesta afectiva y la capacidad para *expresar* y *controlar* las emociones. Además, es importante valorar la *irradiación afectiva*, que se refiere a la capacidad del individuo para transmitirle sus estados afectivos al examinador, y la *reactividad emocional* o la capacidad de respuesta ante personas y situaciones específicas.

Asimismo, es necesario investigar los factores que desencadenan las respuestas emocionales. Es importante que el examinador tenga una actitud empática, ya que esto favorecerá una evaluación más precisa y adecuada del estado afectivo del sujeto.

Trastornos de la afectividad

Los trastornos del afecto se dividen en:

- Trastornos por aumento del afecto relacionados con la alegría, el miedo y la rabia.
- Trastornos por disminución del tono afectivo.
- Trastornos de la estabilidad afectiva.
- Trastornos en la congruencia, la calidad y la expresión del afecto.

Trastornos por aumento relacionados con la alegría

Euforia

Es un estado de intensa alegría que se acompaña de una gran energía y vitalidad física. Durante este estado, el individuo tiene ideas positivas y se encuentra lleno de un enorme optimismo. La euforia es patológica cuando está relacionada con una alteración del juicio.

En algunos casos, la euforia puede presentarse en personas que reciben tratamiento con corticoides y dopaminérgicos. Además, es probable que se manifieste en sujetos con cuadros demenciales, trastorno bipolar e intoxicación por alcohol y cocaína.

Júbilo

Es un estado que se relaciona con la satisfacción y el gozo. Ante una buena noticia, las personas experimentan una sensación de alegría intensa, lo cual se manifiesta a través de conductas impulsivas, tales como gritos o saltos. Se puede observar en los hinchas de un equipo de fútbol, las graduaciones, entre otros.

Exaltación

Es una sensación de bienestar intenso que se caracteriza por una actitud de grandeza y omnipotencia, lo cual puede distorsionar el juicio de la realidad. Este estado emocional se presenta en los estados de manía y durante los eventos festivos, como celebraciones religiosas y carnavales.

Éxtasis

Es una sensación de bienestar extremo que se manifiesta a través de un estado de contemplación profunda, lo cual resulta en una suspensión total de las actividades voluntarias. Durante este estado, la persona siente que no hay tiempo ni espacio. Una vez termina el período de éxtasis, el individuo adopta una conducta apropiada, es decir, sin alteraciones afectivas ni del pensamiento. Este trastorno se encuentra asociado a los estados meditativos y místicos.

Hipomanía

Es un síndrome conformado por la euforia, el aumento del flujo de ideas, el ánimo emprendedor y la hiperactividad, la cual puede impulsar a la persona a alcanzar un alto nivel de productividad. Sin embargo, es probable que el individuo presente dificultades para elaborar y ordenar lógicamente sus pensamientos, lo que resulta en saltos bruscos de una idea a otra.

En cuanto a la actividad, el sujeto exhibe un dinamismo notable que lo impulsa a ser laborioso, de manera constante, durante el día y la noche, sin mostrar señales de fatiga o cansancio. Además, se observa una disminución de la necesidad de dormir.

Este síndrome se encuentra presente en personas con trastorno bipolar y puede ser inducido por el uso de estimulantes del sistema nervioso central, como las anfetaminas y el metilfenidato. Asimismo, es común en individuos que consumen sustancias psicoactivas, como la cocaína. Es importante señalar que también es probable que se desarrolle en sujetos con enfermedades sistémicas, como el hipotiroidismo y el lupus eritematoso sistémico.

Manía

Es un síndrome que se caracteriza por la exaltación afectiva, la aceleración del flujo ideatorio, que puede llegar a la fuga de ideas, la distractibilidad, el aumento de la actividad psicomotriz, la atención dispersa y la disminución de la necesidad de dormir.

El individuo tiene una actitud amistosa y de gran familiaridad, incluso con los extraños, y tiende a participar en actividades de alto riesgo. La capacidad de introspección y el juicio crítico están disminuidos o desviados.

Este síndrome se presenta en personas con trastorno bipolar y puede ser secundario a tratamientos con esteroides o estimulantes del sistema nervioso central. Además, es probable que también sea consecuencia del abuso de sustancias como la cocaína, las anfetaminas y la heroína. Asimismo, existen causas orgánicas, como el delirium, la encefalitis, los traumas craneoencefálicos, los accidentes cerebrovasculares y las neoplasias.

Trastornos por aumento relacionados con el miedo y la rabia

Miedo

Sensación de temor que surge como respuesta a un peligro real y externo. Por lo general, va acompañado de respuestas fisiológicas vegetativas. El miedo se presenta cuando un individuo se siente amenazado por personas, objetos o circunstancias específicas.

Ansiedad

Estado emocional displacentero que produce una sensación de incertidumbre, ya que el individuo vive constantemente a la espera de un evento amenazante o peligroso.

La ansiedad está acompañada de cambios vegetativos, como palpitaciones, sudoración, sequedad de boca, entre otros, y síntomas comportamentales, como conductas evitativas e hiperactividad motora.

Este estado es común en los trastornos de ansiedad y en diversas enfermedades médicas, tales como el hipertiroidismo, el feocromocitoma, las arritmias cardíacas y el infarto del miocardio. Además, se puede observar en los síndromes de abstinencia al alcohol y a las sustancias psicoactivas, como la cocaína y las anfetaminas.

Pánico

Miedo extremo que surge como respuesta a un peligro inminente, ya sea real o percibido. Este estado emocional va acompañado de cambios vegetativos y conductuales, lo que lleva a las personas a interpretarlo como un signo orgánico.

En ocasiones, los individuos pueden llegar a pensar que se están ahogando, teniendo un infarto o que se encuentran al borde de la muerte o la locura. Por lo general, este tipo de miedo suele presentarse en personas con hipertiroidismo, feocromocitoma, trastorno de pánico y estrés postraumático, así como en aquellos individuos que han estado presentes en un evento catastrófico.

Irritabilidad

Tendencia a enojarse con facilidad, por lo que las situaciones irrelevantes desencadenan reacciones hostiles, que, en algunos casos, pueden llegar a la violencia verbal o física.

Este estado emocional es común en individuos depresivos, maníacos y con personalidad paranoide, así como en aquellos sujetos que consumen sustancias psicoactivas.

Disforia

Sensación general de incomodidad o displacer que puede ir acompañada de ansiedad. Por lo general, se manifiesta a través de la tensión psíquica, la irritabilidad y la hostilidad en respuesta a los estímulos externos.

Durante los episodios disfóricos, es probable que el sujeto muestre conductas impulsivas y disruptivas. Este estado emocional se presenta en personas con depresión, trastorno disfórico premenstrual, así como en aquellos sujetos que abusan de las sustancias psicoactivas.

Trastornos por disminución del tono afectivo

Depresión

Síndrome caracterizado por un estado de tristeza. Usualmente, va acompañado de inhibición psicomotora, ideas negativas sobre sí mismo, hipoprosexia, anhedonia y lentitud en el flujo ideatorio.

En algunos casos, pueden aparecer síntomas adicionales, como la anorexia y el insomnio. Las personas que sufren de depresión tienen crisis de llanto, no gesticulan demasiado y manifiestan pesimismo y desesperanza.

La depresión puede ser causada por trastornos del afecto, como el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar, así como por alteraciones orgánicas, como la diabetes, el hipotiroidismo y los accidentes cerebrovasculares. Además, es probable que también surja como respuesta una pérdida significativa.

Apatía

Estado emocional que se caracteriza por indiferencia y ausencia de respuestas emocionales ante los estímulos. Es importante mencionar que esta condición es causada por la disminución de la motivación. Los síntomas incluyen falta de productividad, desinterés por adquirir nuevos conocimientos y descuido en el cuidado

personal. La apatía puede manifestarse en personas con demencia, delirium y estados depresivos.

Atimia

Alteración que se caracteriza por la abolición total de la afectividad. Esta puede manifestarse en personas con déficit cognitivo severo o demencias avanzadas.

Trastornos de la estabilidad afectiva

Labilidad afectiva

Los cambios en el estado de ánimo son bruscos, repentinos, intensos, de breve duración y sin motivo aparente. Es frecuente que las personas lloren con facilidad.

Por lo general, la labilidad afectiva aparece durante el embarazo y en el síndrome premenstrual. Además, puede manifestarse en personas con demencia, accidentes cerebrovasculares y delirium.

Incontinencia afectiva

Incapacidad para controlar las manifestaciones afectivas en respuesta a estímulos triviales o incluso en su ausencia. Las emociones suelen expresarse de manera exagerada. Por ejemplo, la persona no puede controlar la risa o el llanto, que, por lo general, son inmotivados.

Este trastorno se observa en personas con demencia, déficit cognitivo, accidentes cerebrovasculares y esquizofrenia.

Trastornos en la congruencia del afecto

Disociación ideo-afectiva

Incongruencia entre lo que el individuo piensa y la emoción que manifiesta. Este trastorno suele presentarse en personas con esquizofrenia y trastornos disociativos.

Ambivalencia

Coexistencia de dos sentimientos o emociones opuestas, como alegría-tristeza y amor-odio, los cuales están dirigidos hacia una misma persona u objeto. Este trastorno suele presentarse en personas con esquizofrenia y personalidades límites.

Afecto inapropiado

Falta de concordancia entre el afecto y el estímulo que lo desencadena. Por ejemplo, la persona se ríe cuando la situación social requiere de seriedad. Usualmente, se manifiesta en individuos con esquizofrenia.

Afecto plano o insuficiente

Ausencia o expresión limitada del afecto. Los síntomas incluyen amimia facial y voz monótona. Esta condición puede presentarse en personas con esquizofrenia y estados depresivos.

Trastornos en la calidad del afecto

Anhedonia

Disminución severa o incapacidad para experimentar agrado o satisfacción en situaciones que antes eran placenteras. Este trastorno suele encontrarse en personas con esquizofrenia y depresión, así como en aquellos individuos que son consumidores habituales de cocaína o cannabis.

Tenacidad

Persistencia de un estado afectivo. Se puede manifestarse en personas con epilepsia, personalidades paranoides y trastorno obsesivo-compulsivo.

Perplejidad

Incapacidad para comprender lo que ocurre en el entorno. Se observa un estado de extrañeza, asombro o inquietud en la persona. Este trastorno puede manifestarse en estados de confusión mental y en individuos con esquizofrenia.

*Trastornos en la expresión del afecto**Alexitimia*

Incapacidad para identificar las propias emociones. El individuo no puede expresarlas ni exteriorizarlas verbalmente. Este trastorno se manifiesta en personas con trastorno de ansiedad, depresión, esquizofrenia, adicción a las sustancias psicoactivas y estrés post-traumático.

2.3.1.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Ansiedad ante la muerte R/C diagnóstico de enfermedad terminal y E/P la idea de no poder alcanzar los objetivos vitales establecidos.
- Miedo R/C procedimiento quirúrgico y E/P mostrar preocupación por los resultados.
- Riesgo de conducta suicida R/C estado depresivo.
- Estado maníaco R/C intoxicación por cocaína y E/P exaltación de la afectividad, aumento de la conducta psicomotriz y del flujo ideatorio.

- Crisis de pánico R/C alteraciones metabólicas y E/P sensación inminente de muerte, taquicardia e hiperventilación.

2.4. Funciones del control ejecutivo

Las funciones del control ejecutivo implican la coordinación entre algunos procesos mentales, así como la intención y ejecución de movimientos físicos.

Figura 7

Clasificación de las funciones de control ejecutivo





2.4.1. Conducta psicomotora

La conducta psicomotora se refiere a la interacción entre los aspectos psicológicos y motores. Esta involucra elementos cognitivos, emocionales y sensoriomotrices.

Los actos son las acciones específicas que realiza una persona como resultado de su conducta psicomotriz. Estos actos se clasifican en:

- El *acto instintivo* ocurre de forma automática, por lo que la conciencia no lo puede controlar. Es importante destacar que no requiere de un aprendizaje previo. Por ejemplo, salir huyendo ante un peligro.
- El *acto habitual* requiere de un aprendizaje previo. Este se adquiere mediante la repetición y puede ser perfeccionado. Por ejemplo, aprender a montar en bicicleta.
- El *acto voluntario* está dirigido por la voluntad y consta de dos partes: la conación y la ejecución. La conación se refiere a la intención consciente de llevar a cabo una acción, mientras que la ejecución alude a la realización de dicha acción.

2.4.1.1. Valoración de la conducta psicomotora

La valoración de la conducta psicomotora se realiza mediante la observación y la anamnesis. A través de la entrevista, es posible analizar los anhelos, las motivaciones y los deseos de ejecutar actos.

La evaluación de la ejecución se realiza a través de la observación, la cual permite visualizar tanto los *actos voluntarios* como los *involuntarios*. Por ejemplo, se le puede pedir al sujeto que realice movimientos, tales como caminar, sacar la lengua, hacer la señal de la cruz, quitarse una prenda de vestir, abotonarse la camisa o peinarse. Además, es posible aplicar pruebas como dibujar objetos y figuras geométricas o copiar un texto.

2.4.1.2. Trastornos de la conducta psicomotora

Trastornos involuntarios del movimiento

Temblores

Movimientos rítmicos y oscilatorios que se presentan en alguna parte del cuerpo. Por lo general, estos se dan en la parte distal, como la cabeza, las manos, las piernas y los brazos.

Los temblores más frecuentes son los de reposo, que se observan en enfermedades como el Parkinson, y los asociados a acciones voluntarias, ya sea al iniciar un movimiento o al mantener una postura, como el temblor que se produce al extender los brazos.

Estos últimos pueden manifestarse en personas alcohólicas o con síndrome de abstinencia al alcohol o a los tranquilizantes. Además, se observan en sujetos con estados de ansiedad, hipertiroidismo y temblor idiopático familiar.

Corea

Movimientos abruptos, irregulares y de corta duración que suelen pasar de una zona a otra del cuerpo, siendo más comunes en la cara, la lengua y las partes distales de las extremidades.

Estos movimientos son generados por las lesiones en los ganglios basales, como en la Corea de Huntington. Sin embargo, también pueden ser causados por el uso prolongado de algunos antipsicóticos típicos y antidepresivos tricíclicos.

Tics

Movimientos breves, espasmódicos y rápidos que suelen manifestarse en la cara, la cabeza y el cuello. También aparecen como vocalizaciones involuntarias. Estos tics pueden ser simples y manifestarse por medio de un parpadeo, una mueca, un sonido, etc. Es importante mencionar que los tics no tienen un propósito específico.

Los *tics motores complejos* se manifiestan a través de movimientos, tales como saltar, tocar o pisotear. Por otro lado, los *tics fonatorios* provocan que las personas emitan sonidos, desde palabras hasta frases. Es importante destacar que ambos tipos de tics desaparecen durante el sueño.

Los tics suelen presentarse en personas con ansiedad, fatiga y privación del sueño. Cabe señalar que son característicos del síndrome de Gilles de la Tourette.

Atetosis

Movimientos lentos y extravagantes que se caracterizan por torcer las extremidades, las manos y los pies. Estos movimientos están asociados con lesiones en los ganglios basales y el uso prolongado de algunos antipsicóticos.

Mioclónías

Contracciones breves, involuntarias, rápidas y de amplitud variable. Estos espasmos se caracterizan por generar la sacudida de un músculo o de un grupo de músculos.

Las mioclonías pueden ser *benignas*, como el hipo, o *patológicas*, como las que se presentan en los estados convulsivos, los accidentes cerebrovasculares, la encefalitis y durante el uso de dosis elevadas de algunos fármacos, como los analgésicos opiáceos.

Acatisia

Incapacidad para permanecer en una misma posición, ya sea sentado o de pie. La persona siente la necesidad constante de cambiar de posición, caminar o correr.

Este trastorno puede estar relacionado con algunas lesiones cerebrales y suele manifestarse en personas con ansiedad o que han usado neurolépticos de forma prolongada.

Distonía

Contracción sostenida de uno o de varios grupos musculares. Los espasmos pueden ser leves o intensos. Con frecuencia, están acompañados de dolor. Es importante señalar que estos espasmos se manifiestan de manera focal, segmentaria o generalizada. Un ejemplo común de este tipo de trastornos es la torticolis, la cual es considerada como una distonía cervical.

La distonía puede tener un origen hereditario; sin embargo, también es posible atribuírsela a múltiples causas, entre ellas se encuentran las intoxicaciones por monóxido de carbono, las enfermedades autoinmunes, el uso prolongado de algunos antipsicóticos y las infecciones como el tétanos.

Trastornos de la conducta voluntaria

Estos trastornos se dividen en *alteraciones de la conciencia y de la ejecución*.

Alteraciones de la conación

Hiperbulia

Aumento de la voluntad que suele estar acompañado de un incremento de la actividad motora, lo que, en ocasiones, intensifica el rendimiento y la productividad. Esta alteración se puede observar en personas con ciertas particularidades del temperamento, conocidas como *emprendedores* o *adictos al trabajo*. Si está acompañada de euforia, es característica de los estados hipomaníacos o maníacos presentes en el trastorno bipolar.

Hipobulia

Disminución de la voluntad para ejecutar actos o de la capacidad de iniciar acciones por cuenta propia. Se puede observar en pacientes con esquizofrenia, como parte de los signos negativos, y en estados depresivos.

Abulia

Alta total de voluntad que se manifiesta como una incapacidad para ejecutar actos voluntarios. Esta caracteriza por la ausencia de deseos y espontaneidad.

Por lo general, este trastorno se manifiesta en personas con depresión y esquizofrenia, especialmente en estados catatónicos. Además, es posible que también sea consecuencia de lesiones frontales cerebrales, como accidentes cerebrovasculares y traumas craneoencefálicos.

Negativismo

Resistencia u oposición a realizar cualquier movimiento. Esta alteración puede ser *pasiva*, cuando el individuo se niega a obedecer cualquier sugerencia externa, o *activa*, cuando la persona se rehúsa a ser movida o ejecuta un movimiento contrario al solicitado. Cabe señalar que esta alteración suele presentarse en personas con esquizofrenia, lesiones isquémicas o traumáticas en los ganglios basales.

Obediencia automática

Ejecución de todas las órdenes externas por más absurdas y extrañas que sean. Esta alteración se puede observar en personas con esquizofrenia.

*Alteraciones de la ejecución**Apraxia:*

Incapacidad para ejecutar movimientos ordenados que conduzcan a la realización de un acto eficaz. Generalmente, estas alteraciones son causadas por lesiones en la corteza cerebral o alteraciones metabólicas.

Dentro de las apraxias se encuentran:

- *Ideatoria:* incapacidad para llevar a cabo movimientos simples, como doblar una carta y meterla en el sobre. Esta alteración suele presentarse en los estados confusionales y las demencias.
- *Ideomotriz:* dificultad para realizar actos motores que antes se efectuaban sin problema, como saludar o peinarse. Esta alteración es causada por lesiones en el hemisferio cerebral izquierdo.
- *De vestir:* incapacidad para colocarse la ropa, abotonarse, subir una cremallera, entre otros. Esta alteración se presenta en personas con demencia.

Ecopraxia

Imitación automática e involuntaria de los movimientos realizados por otras personas. En esta alteración, el individuo adopta conductas de imitación en espejo. Por lo general, se presenta en sujetos con esquizofrenia.

Perseveración motora

Repetición persistente y excesiva de un movimiento específico. Por ejemplo, si se pide a la persona que golpee tres veces la mesa con la mano derecha, es probable que llegue a golpearla no solo tres veces, sino muchas más. Esta alteración suele manifestarse en individuos con lesiones frontales y esquizofrenia.

Trastornos del control de impulsos

Impulsos

Ejecución irrefrenable de actos que escapan al control consciente, por lo que la persona los vivencia como si fueran producto de su propia voluntad. Estas conductas impulsivas son comunes en los trastornos de la personalidad, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas. Es importante señalar que forman parte de las conductas impulsivas, como la cleptomanía, la piromanía, la tricotilomanía y las conductas agresivas no premeditadas.

Compulsiones

deseo imperioso e irresistible que lleva a la ejecución de actos repetitivos o rituales. A pesar de que el sujeto reconoce que estas conductas son extrañas e inmotivadas, no puede evitar realizarlas, lo cual suele interferir en su vida diaria. Por ejemplo, el individuo toca la madera varias veces para evitar que ocurran eventos negativos, ordena la ropa de la misma manera o revisa las puertas constantemente para comprobar que están cerradas. Estas conductas no solo están presentes en algunos estados de ansiedad, sino también en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Otros trastornos

Hiperactividad o hiperquinesia

Aumento de la actividad que lleva al sujeto a realizar tareas incompletas. Este trastorno se presenta en personas hipomaníacas y con déficit de atención e hiperactividad. Asimismo, es común que la padezcan aquellos individuos que consumen sustancias psicoactivas.

Agitación psicomotriz

Estado de hiperactividad psíquica y motora que se manifiesta mediante el aumento desordenado de la frecuencia y la intensidad de los movimientos que carecen de una finalidad lógica. La persona es incapaz de autocontrolarse.

Este trastorno suele asociarse con la irritabilidad y la agresividad. Además, es posible que se presente en los estados maníacos, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y el *delirium*. Asimismo, es probable que aparezca en aquellos individuos que se han intoxicado con alcohol, anfetaminas y cocaína.

Inhibición psicomotriz

Marcada disminución en la frecuencia e intensidad de los movimientos. Por lo general, este trastorno se encuentra asociado a los estados depresivos y a las crisis de pánico. Es importante señalar que también se encuentra en personas con hipotiroidismo e hiponatremia.

Catalepsia

Postura estática y rígida que se mantiene por periodos prolongados debido a una pérdida de la contractibilidad voluntaria, por lo que la persona no puede cambiar de posición. Este trastorno es común en individuos con esquizofrenia.

Flexibilidad c rea

Permanencia en posiciones extremas, forzadas e incómodas, las cuales son impuestas por otra persona. Es importante señalar que el sujeto no puede cambiar de postura, a menos de que alguien lo mueva. El cuerpo del individuo parece de cera. Este trastorno es una característica del síndrome catatónico en la esquizofrenia.

Cataplexia

Pérdida súbita y total del tono muscular, por lo que la persona experimenta un estado de relajación profunda. Este trastorno se puede observar en individuos con narcolepsia.

Intercepción cinética

Interrupción brusca de un movimiento en plena ejecución. En algunos casos, el movimiento puede reanudarse, mientras que, en otros, no. Es probable que este trastorno se manifieste en personas con esquizofrenia.

Estereotipia

Movimientos repetidos y monótonos que carecen de un objetivo claro o adecuado. Como ejemplo se encuentra el balanceo del cuerpo y aleteo de las manos, entre otros. Este trastorno se puede observar en personas con demencia y esquizofrenia.

Manierismo

Exageración y exceso de movimientos estilizados que carecen de espontaneidad y autenticidad. Es posible que esta manifestación se presente en personas sin ninguna patología, como los imitadores, o que aparezca en individuos con esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo.

2.4.1.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

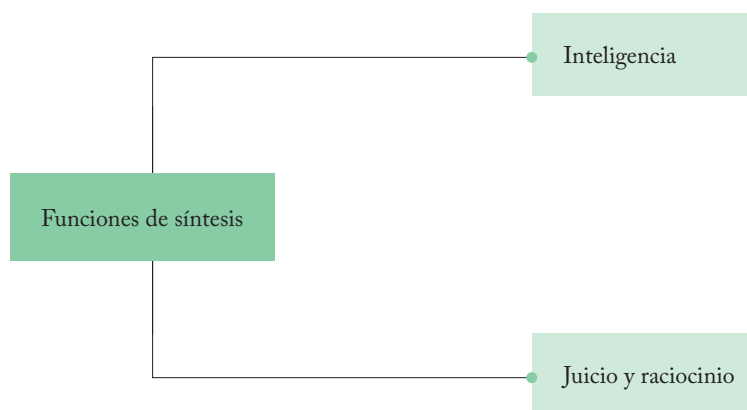
- Intolerancia a la actividad física R/C dolor y E/P dificultad en la movilización.
- Agitación psicomotora R/C delirium y E/P aumento desordenado en la frecuencia e intensidad de todos los movimientos.
- Compulsión R/C estado ansioso y E/P ejecución de actos repetitivos en contra de la voluntad del individuo.
- Disminución de la fuerza muscular en las extremidades inferiores R/C tiempo prolongado en cama y E/P dificultad en la deambulación.
- Riesgo de acatisia R/C administración de neurolépticos.

2.5. Funciones superiores de síntesis

Las funciones de síntesis amplían el conocimiento de una persona al permitirle explorar a profundidad las realidades que enfrenta, descubrir relaciones y construir nuevos saberes a partir de los que ya posee.

Figura 8

Clasificación de las funciones de síntesis





2.5.1. Inteligencia

La inteligencia es la capacidad de utilizar conocimientos y experiencias previas en situaciones nuevas. Comprende un conjunto de habilidades que le permiten al individuo confrontar la realidad, enfrentar conflictos, asumir retos, resolver problemas y adaptarse a otras condiciones de vida.

Además, requiere de otras funciones, como la atención, la percepción y la memoria. La inteligencia se ve influenciada por el aprendizaje, la personalidad, la motivación, las oportunidades sociales y laborales.

Se considera que un individuo tiene una *inteligencia promedio* cuando se encuentra dentro de los parámetros normales. De lo contrario, su inteligencia puede clasificarse en *promedio bajo* o *promedio alto*.

2.5.1.1. Valoración de la inteligencia

Para la valoración global de la inteligencia del individuo, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La edad;
- la procedencia y las oportunidades sociales;
- la escolaridad y los logros en el aprendizaje;
- el nivel ocupacional y las oportunidades laborales;
- el vocabulario, el uso del pensamiento abstracto y de los símbolos;
- el juicio y el raciocinio;
- la capacidad de adaptación a las diferentes situaciones.

Se pueden hacer preguntas sobre una variedad de temas, intereses y conocimientos, ya que así se podrá determinar el nivel de inteligencia del individuo. Las pruebas de medición del coeficiente intelectual (CI) se utilizan para obtener una valoración más precisa. Es importante señalar que estas son aplicadas por expertos y se adaptan a la edad de los sujetos.

Tabla 2
Clasificación del coeficiente intelectual (CI)

Coeficiente intelectual	Clasificación
Mayor a 140	Genios
120-140	Inteligencia superior
90-120	Inteligencia promedio
Menor a 90	Inteligencia inferior
70-89	Fronterizo
55-69	Discapacidad cognitiva leve
35-54	Discapacidad cognitiva moderada
20-34	Discapacidad cognitiva grave
Menor de 20	Discapacidad cognitiva profunda

2.5.1.2. Trastornos de la inteligencia

Discapacidad cognitiva

Trastorno con limitaciones en el funcionamiento intelectual, como deficiencias en la resolución de problemas, el comportamiento adaptativo, el juicio y el aprendizaje académico. Estas limitaciones suponen un fracaso en el cumplimiento de los estándares del desarrollo social y cultural, lo que, a su vez, afecta el desempeño en una o varias actividades de la vida cotidiana.

La etiología de la discapacidad intelectual obedece a múltiples factores, por ejemplo:

- *Los ambientales*: maltrato físico, falta de estimulación y ausencia de figuras significativas en la infancia.
- *Los genéticos*: síndrome de Down, síndrome de Turner y fenilcetonuria.
- *Los metabólicos y nutricionales*: hipotiroidismo congénito, hiperbilirrubinemia neonatal y desnutrición.
- *Los prenatales y perinatales*: rubéola, SIDA en la madre, hipoxia fetal y toxoplasmosis congénita.

La discapacidad cognitiva se clasifica así:

- *Discapacidad cognitiva leve*: el CI se sitúa en un rango de 55-69. Por lo general, las personas con discapacidad leve presentan dificultades en el aprendizaje de habilidades como la lectura, la escritura, la aritmética y el pensamiento abstracto. Además, pueden tener problemas para regular sus emociones.
- *Discapacidad cognitiva moderada*: el CI se encuentra en un rango de 35-54. Las habilidades conceptuales presentan un serio retraso, por lo que las personas requieren de ayuda para desarrollar sus actividades académicas, laborales y cotidianas.
- *Discapacidad cognitiva grave*: el CI se sitúa en un rango de 20-34. La persona tiene una comprensión limitada del lenguaje, así como una dificultad para aprender, recordar y tomar decisiones. Por lo general, necesita ayuda para realizar actividades de rutina, como bañarse y vestirse.
- *Discapacidad cognitiva profunda*: el CI es menor a 20. Por lo general, las personas con esta discapacidad tienen enfermedades neurológicas graves y requieren de asistencia permanente.

Deterioro cognoscitivo

Déficit de las funciones cognoscitivas y de la capacidad de adaptación que el individuo había desarrollado previamente. Este tipo de deterioro se observa en personas con trastornos de origen orgánico, como tumores cerebrales y demencias, y trastornos mentales, como la esquizofrenia.

2.5.1.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Déficit cognitivo moderado R/C disminución del aporte de oxígeno fetal intraparto y E/P necesidad de asistencia en la mayoría de actividades relacionadas con el cuidado personal.
- Déficit cognitivo leve R/C falta de estimulación y E/P dificultades en el aprendizaje.
- Deterioro cognitivo R/C alteración vascular cerebral y E/P declive progresivo de las funciones cognitivas, lo cual se traduce en dificultades para comprender órdenes, adquirir nuevos conocimientos, corregir errores en las funciones de cálculo numérico y retener recuerdos recientes.
- Déficit cognitivo grave, R/C alteraciones congénitas, y E/P dificultades para realizar actividades diarias correspondientes a su edad.
- Riesgo de déficit cognitivo R/C desnutrición infantil.



2.5.2. Juicio y raciocinio

El juicio y el raciocinio habilitan al individuo analizar para una situación presente con base en experiencias previas. Estas funciones otorgan a la persona la capacidad de captar situaciones, seleccionar la forma más apropiada de acción y tomar decisiones.

- *Juicio*: capacidad de llegar a conclusiones a partir de la comparación de ideas o de situaciones externas. Por ejemplo, al evaluar el transcurso del día, la persona puede decir: “Hoy no fue un buen día para mí”. Del mismo modo, al ver la actuación de otro individuo, es capaz de lanzar juicios de valor, como el siguiente: “Ese sujeto tuvo un mal comportamiento con sus compañeros de trabajo”.
- *Raciocinio*: encadenamiento de dos o más juicios para comprobar o demostrar una verdad. A través del raciocinio, la mente analiza diferentes ideas y formula otras nuevas con base en las anteriores. Por ejemplo, Jorge salió sin abrigo y enfermó; Alicia salió sin abrigo y enfermó, así que, si salgo sin abrigo, también es probable que me enferme.

El juicio conservado muestra la capacidad de las personas para reconocer la realidad.

2.5.2.1. Valoración del juicio y el raciocinio

Para valorar el juicio y el raciocinio, es necesario que se tengan en cuenta los siguientes parámetros:

- *Introspección*: conocimiento y valoración que el sujeto hace de su propia realidad interna. La conciencia de la enfermedad mental revela la capacidad del individuo para percibir su propia situación. Durante la valoración, es importante considerar si la persona es consciente de las circunstancias relacionadas con su salud; si reconoce los signos y los síntomas que tanto ella como los demás observan; si percibe estas situaciones como normales o anormales; si tiende a minimizarlas o justificarlas, y si se reconoce a sí misma como enferma, mostrando disposición para aceptar y participar en su tratamiento.
- *Prospección*: capacidad del individuo para describir sus proyectos, evaluar su viabilidad y expresar el respaldo emocional que les otorga. Durante la valoración, se pueden plantear preguntas relacionadas con sus planes futuros, por ejemplo: ¿Cuáles son sus planes una vez sea dado de alta? ¿cómo se imagina su vida en los próximos cinco años? ¿cuáles son sus proyectos en el ámbito personal y profesional?

Para evaluar el juicio y el raciocinio, también se pueden plantear preguntas que comiencen con “¿Qué haría usted si...?”. Por ejemplo: ¿Qué haría usted si, al salir del hospital, experimenta dolor y fiebre?.

Otra forma de valorar estas funciones es mediante la interpretación de refranes o de dichos populares. Por ejemplo, se puede preguntar al sujeto qué significan las expresiones “Hijo de tigre sale pintado” o “Cuando el río suena, piedras lleva”.

Es probable que el individuo presente un trastorno si su interpretación es inadecuada o extravagante.

2.5.2.2. Trastornos del juicio y el raciocinio

Juicio debilitado

Alteración leve del juicio que se produce como consecuencia de trastornos físicos o emocionales de carácter transitorio. Este trastorno suele presentarse durante episodios febriles, procesos de duelo y crisis de ansiedad, así como en personas con cansancio físico y mental.

Juicio desviado

Distorsión severa en la evaluación crítica de la realidad. Este trastorno se puede observar en individuos con psicosis orgánica, como en casos de intoxicación por sustancias psicoactivas, así como en aquellas personas que presentan psicosis funcional, la cual es ocasionada por la depresión severa, la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar.

Juicio deficiente o insuficiente

Dificultad en la realización de síntesis mentales debido a la falta de comprensión de elementos abstractos, lo que conlleva a un déficit en el conocimiento de la realidad interna o externa. Este trastorno es característico de las personas con discapacidad cognitiva.

Juicio suspendido

Pérdida de la capacidad crítica de la realidad interna o externa. El sujeto era capaz de hacer juicios adecuados antes de presentar la enfermedad. Por lo general, se manifiesta en personas con demencias de origen primario, como el Alzheimer, y secundario, como las infecciones del sistema nervioso central.

2.5.2.3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Juicio debilitado R/C duelo de pareja y E/P disminución de la capacidad para tomar decisiones.
- Juicio desviado R/C consumo de sustancias psicoactivas y E/P incapacidad para diferenciar los pensamientos de la realidad.
- Juicio suspendido R/C lesiones cerebrales y E/P pérdida de la capacidad para razonar o resolver problemas.
- Introspección alterada R/C negación de la enfermedad y E/P negativa a recibir el tratamiento.
- Prospección inadecuada R/C estado depresivo y E/P dificultad para establecer proyecciones futuras.



3.

Estudios de caso

3.1. Estudio de caso No. 1

Esteban, de 23 años, es originario de Bogotá, estudia Antropología y actualmente, vive con su madre y una hermana dos años menor que él.

Después de una discusión acalorada con su tutor de tesis, Esteban adoptó una actitud amenazante. Preocupado por la situación, el tutor decidió comunicarse con el servicio médico. La persona que atendió la llamada recomendó llevar a Esteban a una consulta externa y solicitar una valoración prioritaria en salud mental y psiquiatría.

El tutor se comunicó con la madre de Esteban para pedirle que lo acompañara. Ella le comentó que lo ha visto alterado, ya que, en los últimos días, había tenido conflictos con su hermana, su novia, sus compañeros de clase y sus profesores. Además, le informó que en la familia de Esteban existen antecedentes de enfermedad mental. En particular, mencionó que una tía materna había sido hospitalizada en varias oportunidades debido a un trastorno afectivo bipolar. En cuanto a los antecedentes personales de Esteban, se registra una apendicectomía a los 14 años, resto negativos.

Durante la entrevista con el especialista en psiquiatría, el examinador observa que la edad aparente concuerda con la edad cronológica. Esteban está despeinado, tiene ojeras, facies de irritabilidad y gestos exagerados. En algunos momentos, establece contacto visual con el especialista. Su tono de voz es alto, saluda con molestia desde la distancia y su marcha es rápida. Durante la conversación, expresa confusión y manifiesta que no comprende por qué ha sido llevado a la consulta médica.

En la valoración, el especialista observa que Esteban se encuentra hipervigilante, con un aumento de la actividad general y de la tensión muscular. Al sentarse, no logra mantenerse quieto en la silla. Esteban le comenta que solo ha dormido unas cuantas horas en la última semana, pues siente que ha disminuido su necesidad de dormir.

El paciente se encuentra orientado en persona, tiempo y lugar. Además, responde con rapidez a varios estímulos. Es decir, muestra dificultad para concentrarse en uno solo. Por otra parte, niega haber tenido alucinaciones visuales o auditivas.

Esteban presenta un aumento del flujo ideatorio y muestra un interés predominante por hablar de su novia y su estado de salud. Asimismo, admite sentirse nervioso y atribuye sus problemas a agentes externos, especialmente a su tutor de tesis, a quien percibe como un ser celoso de sus logros y temeroso de que Esteban intente quitarle su posición como tutor. Además, se muestra preocupado porque presiente que los otros estudiantes quieren robarle sus magníficas ideas. Se observa ansioso, irritable, hiperbólico y con manierismos. A pesar de esto, insiste en que no está enfermo, en que no necesita ayuda y en que no se tomará ningún medicamento, alegando que podrían causarle una intoxicación.

1. Teniendo en cuenta el estudio de caso No.1, llene la siguiente tabla:

Función Mental	Hallazgos

2. Elabore los diagnósticos de enfermería encontrados en Esteban.

3.2. Estudio de caso No. 2

María Teresa, de 36 años, ha sido diagnosticada con dermatomiositis y está en tratamiento. La mujer ingresa al servicio de hospitalización acompañada de su hijo de 16 años, con quien vive. Tiene una apariencia limpia y organizada. Además, su edad cronológica concuerda con su edad aparente.

Cuando le preguntan dónde se encuentra y quién es, se observa alerta y orientada en persona, tiempo y espacio. En varias oportunidades, María Teresa ha tenido que pedir al examinador que le repita las preguntas. Su tono de voz es bajo, habla con lentitud y responde con coherencia. Es importante señalar que recuerda los hechos vividos en el presente y el pasado.

Su posición es encorvada y evita el contacto visual con su interlocutor. María Teresa está ojerosa y con los ojos enrojecidos. La piel de su cara, sus manos y pies tiene un color rojizo. Además, sufre de edema grado II en los miembros inferiores, por lo que le cuesta trabajo caminar, y manifiesta facies de dolor cuando realiza movimientos.

Cuando se le pregunta sobre su vida familiar, María Teresa dice que se siente sola, pues vive únicamente con su hijo y aún no ha podido superar la ausencia de su esposo, quien la dejó por otra mujer hace tres años. Manifiesta que, dos meses después de esa experiencia, intentó suicidarse. Durante la entrevista, ella comenta que, antes de lo sucedido, solía salir a pasear y a comer helado. Sin embargo, en la actualidad, ha perdido todo interés en esas actividades que antes le generaban placer. Dice que no tiene energía para levantarse y enfrentar el día a día.

Además, María Teresa considera que es una carga y un estorbo para su hijo. Actualmente, se encuentra desempleada y su expareja no la apoya con los gastos. Por esta razón, sus padres le brindan apoyo económico. Ella niega tener amigos o contar con una red familiar más extensa.

María Teresa menciona que se despierta muchas veces en la noche, a causa del dolor y la tristeza que le produce su estado de salud. Lloro con frecuencia y se repite a sí misma frases como “nunca voy a ser feliz” y “soy un estorbo para los demás”. Sin embargo, hasta el momento, María Teresa niega tener ideas suicidas.

1. Teniendo en cuenta el estudio de caso No. 2, llene la siguiente tabla:

Función Mental	Hallazgos

2. Elabore los diagnósticos de enfermería encontrados en María Teresa.

3.3. Respuestas de los estudios de caso

3.3.1. Estudio de caso No. 1

Tabla 3
Valoración de las funciones mentales

Función mental	Hallazgos
Porte y actitud	Despeinado Ojeras Facies de irritabilidad Contacto visual disminuido Tono de voz alto Saluda con molestia desde la distancia Marcha rápida
Estado de conciencia	Hipervigilancia
Orientación	Orientado en las tres esferas
Atención	Distractibilidad
Sueño	Disminución de la necesidad de dormir
Pensamiento	Ilógico Taquipsiquia Ideas delirantes paranoides de robo de ideas y grandiosidad
Lenguaje	Hipermimia
Afectividad	Ansiedad Irritabilidad
Conducta psicomotriz	Acatisia Hiperbulia Manierismos
Juicio y raciocinio	Introspección negativa Juicio desviado

Nota. Esta tabla describe las diferentes funciones mentales y los hallazgos correspondientes al estudio de caso No. 1.

Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Ideas delirantes R/C estado psicótico y E/P robo de pensamientos e idea de grandeza.
- Riesgo de heteroagresividad R/C irritabilidad.
- Introspección negativa R/C juicio desviado y E/P falta de reconocimiento de la enfermedad.

3.3.2. Estudio de caso No. 2

Tabla 4
Valoración de las funciones mentales

Función mental	Hallazgos
Porte y actitud	Apariencia limpia y organizada Ojeras y ojos enrojecidos Tono de voz baja Posición encorvada No tiene contacto visual con su interlocutor Piel de la cara, las manos y pies enrojecida Edema grado II en miembros inferiores Dificultad para caminar Facies de dolor producidas por el movimiento
Estado de conciencia	Alerta
Orientación	Orientada en las tres esferas
Atención	Hipoprosxia
Memoria	Conservada
Sueño	Intermitente
Pensamiento	Lógico Coherente Ideas de minusvalía y soledad
Lenguaje	Bradilalia

Afectividad	Tristeza Anhedonia Apatía
Conducta psicomotriz	Hipobulia
Juicio y raciocinio	Debilitado

Nota. Esta tabla describe las diferentes funciones mentales y los hallazgos correspondientes al estudio de caso No. 2.

Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- Tristeza R/C estado depresivo y E/P ideas de minusvalía y soledad, anhedonia e hipobulia.
- Dolor R/C alteración autoinmune y E/P facies de dolor con el movimiento y manifestación verbal.
- Sueño intermitente R/C dolor y estado depresivo y E/P manifestación verbal.

Bibliografía

- Bayona, G. (2013). *Psicopatología básica*. Pontificia Universidad Javeriana.
- De la Peña, E. (Ed.). (2014). *Terminología médica*. McGraw Hill.
- Desmond, P. K. y Mindo, J. N. (2020). Trastornos del neurodesarrollo y de la función ejecutiva. En R. Kliegman. (Ed.). *Nelson. Tratado de pediatría* (pp. 253-261). Elsevier.
- Jbankov, I. (2019). *Mental Status Exam [MSE]*. Grey House Publishing.
- Kapsambelis, V. (2017). *Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto*. Fondo de Cultura Económica.
- Koita, J., Riggio, S. & Jagoda, A. (2010). The Mental Status Examination in Emergency Practice. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 28(3), 439-451. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2010.03.008>
- Louise, R. (2007). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos*. McGraw Hill.
- Medina-Chávez, J. H. (2015). Trastornos del sueño. En R. García y G. Botello. (Eds.). *Práctica de la geriatría* (Capítulo 74). McGraw Hill.
- Méndez, M. (2012). *The Mental Status Examination Handbook*. Elsevier.
- Méndez, M.F. & Yerstein, O. (2022). Delirium. En N. Newman. (Ed.). *Bradley and Daroff's neurology and clinical practice* (pp. 23-33). Elsevier.
- Molina, J. D., Vega, L. S. y Sanz, P. (2019). Diagnóstico psiquiátrico. *Medicine*, 12(85), 4967-4974. <https://www.medicineonline.es/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pi-i=S0304541219302124>

- Norris, D. R., Clark, M. S. & Shipley, S. (2016). The Mental Status Examination. *American Family Physician*, 94(8), 635-641. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/1015/p635.html>
- O'Brien, A. & Allman, M. (2020). Assessment in Mental Health Nursing. En K. Evans, A. O'Brien, D. Nizzette y J. Johnson. (Eds.). *Psychiatric and Mental Health Nursing in UK* (pp. 429-458). Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pollard, C. W. (2018). *Fundamentals of the Psychiatric Mental Status Examination: A Workbook*. Canadian Scholars.
- Riera, A. Y., Zúñiga, D. R. y Carrera, L. (2017). *Apuntes de psicopatología básica*. Edimec.
- Rodríguez, P. L. y Rodríguez, P. (2006). Técnicas clínicas para el examen mental. I. Organización general y principales funciones cognitivas. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(2), 76-86. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp062d.pdf>
- Rodríguez, R. (2015). Delirium. En R. García y G. Botello. (Eds.). *Práctica de la geriatría* (pp. 1-17). McGraw Hill.
- Sadock, B. J. (2018). *Manual de psiquiatría clínica*. Wolters Kluwer.
- Sarráis, F. (2016). *Psicopatología*. Universidad de Navarra.
- Sharon, K. I. (2020). Neuropsychiatric Aspects of Agitation. En L. Goldman y A. Schafer. (Eds.). *Goldman's Cecil Medicine* (pp. 109-112). Elsevier.
- Simon, R. P., Greenberg, D. A. y Aminoff, M. J. (Eds.). (2010). *Trastornos de la función cognitiva. Neurología clínica*. McGraw Hill.
- Stern, T. A. (2018). *Massachusetts General Hospital. Tratado de psiquiatría clínica*. Elsevier.

- Stuart, G. y Laraia, M. (2006). *Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica*. Elsevier.
- Téllez-Vargas, J. E., Taborda, R. C. L. y Burgos, T. C. (2016). *Psicopatología descriptiva: el síntoma en las neurociencias*. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud.
- Uriarte, V. R. (2013). *Funciones cerebrales y psicopatología*. Alfíl S. A.
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier.
- Vidal, J., Téllez-Vargas, J. y Alarcón, R. (2016). *Psicogeriatría. Una visión integral del envejecimiento*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Videbeck, S. (2012). *Enfermería psiquiátrica*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Zarranz, J. J. (2018). Anamnesis y exploración. El método clínico neurológico. En Zarranz, J. J. (Ed). *Neurología* (pp. 1-20). Elsevier.

Autoras

Marcela Pabón Gamboa

Médica cirujana y especialista en Psiquiatría y Docencia Universitaria de la Universidad El Bosque. Actualmente, es profesora asociada de la misma Universidad, donde imparte las asignaturas Individuo y Comunidad, Desarrollo Humano, Salud Mental en el Adulto Trabajador y Anciano, y la electiva Neurociencias, Sexualidad y Afectividad. Pertenece al grupo de investigación Cuidado de la Salud y Calidad de Vida.

Elsa Mariño Samper

Enfermera de la Pontificia Universidad Javeriana, especialista en Enfermería Psiquiátrica del Instituto del Sistema Nervioso Central (Clínica Montserrat) y magíster en Enfermería Materno Infantil de la Universidad del Valle. Actualmente, es profesora titular de las asignaturas Salud Mental en el Adulto, Salud Mental en Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental en el Niño y el Adolescente.

Manual de valoración de las funciones mentales

Fue editado y publicado por la Editorial Universidad El Bosque
Septiembre de 2023
Bogotá, D. C., Colombia

Para esta edición se usó las familias tipográficas
Adobe Caslon Pro de 8 a 13 puntos y Lato de 13 a 40 puntos.
El formato de este ejemplar es 16 x 24 centímetros.
La cubierta está impresa en Propalcote de 300 gramos de baja densidad,
y las páginas interiores, en papel Bond Bahía de 90 gramos.

Manual de valoración de las funciones mentales

En consonancia con el concepto de salud mental y el compromiso de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque con la formación integral de sus estudiantes y el quehacer de los profesionales de la enfermería, las autoras presentan la segunda edición del *Manual de valoración de funciones mentales*.

Se trata de una guía que facilita la valoración de las funciones mentales en adultos, una parte esencial de la valoración integral en enfermería. En esta edición, se profundiza y actualiza la definición de las funciones mentales, así como la forma de valoración, los trastornos y las condiciones de salud relacionadas.

In line with the concept of mental health and the commitment of the Faculty of Nursing of the Universidad El Bosque to the comprehensive training of its students and the work of nursing professionals, the authors present the second edition of the Mental Function Assessment Manual.

This is a guide that facilitates the assessment of mental functions in adults, an essential part of comprehensive assessment in nursing. In this edition, the definition of mental functions is deepened and updated, as well as the form of assessment, disorders and related health conditions.