**SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA**

**Acápites del examen psiquiátrico.**

2.1.Síntomas. Sus hallazgos más frecuentes.

2.2.Síndromes. Características generales

**Introducción.**

 Como aspecto esencial de la Historia clínica psiquiátrica, el examen psiquiátrico pauta la exploración de la personalidad y del fenómeno psíquico durante la entrevista y la observación; en ella se transcriben de manera ordenada los hallazgos psicopatológicos detectados.

 A través del examen psiquiátrico se exploran los síntomas y signos que nos permiten hacer un diagnóstico sindrómico, nosológico e indicar un tratamiento adecuado.

**Desarrollo.**

 .Descripción general.

 Se describe una imagen del paciente en lo referente al aspecto y la higiene personal, comunicación verbal y extra- verbal, etc.

 Semiotecnia a través de la observación

**FUNCIONES DE SÍNTESIS.**

Conciencia

 Grado de funcionamiento de los órganos de los sentidos. Se explora por la observación de las capacidades adaptativas, tiene tres grados: alto, por la ingestión de anfetaminas, normal y bajo por perturbaciones del metabolismo cerebral.

Atención:

 Facultad psicológica de focalización de la conciencia, se explora por la observación.

\*Atención pasiva: Receptividad para la mayoría de los estímulos, el enfermo capta acontecimientos que en condiciones normales pasan inadvertidos.

 .Hipervigilancia: Aumento de la atención pasiva, visto en maniacos, esquizofrenia.

\*Atención activa: Receptividad para un grupo determinado de estímulos.

 .Distractibilidad: Disminución de la atención activa, ( demencias).

 .Hiperconcentración: Aumento de la atención activa, (deprimidos)

Memoria.

 Su esencia es fijar, almacenar y evocar experiencias, se explora por preguntas sobre fechas, sucesos, datos personales, etc.

\*Alteraciones cuantitativas.

 .Hipermnesia: aumento patológico, ej. maniacos.

 .Hipomnesia: disminución patológica, ej. deprimidos.

 .Amnesia: abolición de la memoria, ej. demencias.

\*Alteraciones cualitativas.

 .Paramnesias: Son recuerdos deformados,

 falsos recuerdos, un hecho real se recuerda deformado, ej. delirio....confabulación, falsa evocación de hechos no ocurridos, ej. demencia.

Orientación.

.Capacidad de ubicarse en el Tiempo y Espacio circundantes, y en Persona (la propia identidad).

. Alopsíquica, orientación en T. E.

. Autopsíquica, respecto a la propia identidad.

**FUNCIONES DE RELACION.**

Consigo mismo. Auto apreciación de las cualidades positivas y negativas, grado de conciencia de enfermedad.

Con los demás.Relaciones interpersonales.

Con las cosas. Intereses recreativos, artísticos, políticos, religiosos, etc..

**...CAPACIDADES INTELECTUALES**

. Altas Promedio Bajas

....Se exploran por la historia escolar, dificultades del aprendizaje, etc.

**FUNCIONES COGNOSCITIVAS**

Sensopercepción.

. Sensaciones. Apreciación de las cualidades de los objetos sobre los aparatos receptores.

. Hiperestesia, sensación exagerada con relación al estimulo, ej.lesión de los nervios periféricos

.Hipoestesia, disminución de las sensaciones con relación al estímulo. Ej. Obnubilación

.Anestesia, abolición de las sensaciones.

.Cenestopatias, sensaciones imprecisas y desagradables en diferentes partes del cuerpo.

Percepciones. Permiten integrar las diferentes cualidades y captar los objetos y fenómenos.

Ilusiones, percepción deformada de un objeto o fenómeno presente en el campo sensorial del sujeto en el momento de producirse la vivencia. (Ej. Cuadros orgánicos).

 Alucinaciones, falsa percepción de un objeto o fenómeno que en el momento de producirse la vivencia no existe realmente. (Ej. Esquizofrenia).

 Pseudoalucinaciones,falsa percepción, pero la vivencia patológica es referida fuera del campo sensorial del sujeto.

Metamorfosis, se deforman las cualidades morfológicas y espaciales de los objetos reales. (Ej. Cuadros orgánicos).

Desrealización, es la extrañeza ante los objetos y fenómenos del medio. (Ej. Epilepsia).

Despersonalización, es la extrañeza ante los fenómenos subjetivos, él no es quien habla. (Ej. Esquizofrenia).

Transformación, percepción de haber cambiado de identidad, él no es él.(Ej. Disociación)

Pensamiento. Fenómeno psíquico que expresa las relaciones entre los objetos del mundo real.

Origen.

 Autista, se nutre de vivenciasalucinatorias.

Curso.

. Lentificación. Retardo en la asociación de ideas, ej. depresiones.

. Aceleración. Aumento en la asociación de ideas, ej. maniacos.

. Prolijidad. Numerosos detalles en el relato, TOC.

. Perseveración. Repetición de una temática, demencias.

. Disgregación. Frases correctas pero no la interconexión el pensamiento pierde su finalidad lógica, esquizo.

 . Interrupción o bloqueo. La mente se queda en blanco, robo del pensamiento . Esquizofrenia.

 . Incoherencia. Falta de conexión lógica y conceptual,

 ensalada de palabras. Esquizofrenia.

Contenido.

 .Idea sobrevalorada. Refleja un hecho real, pero al cual se da una significación exagerada, deprimidos.

 .Idea fija. Refleja un hecho desagradable y que viene a la mente en contra de su voluntad.(Idea Suicida)

 .Idea obsesiva. Es la idea que acude a la mente en contra de su voluntad la vivencia como absurda y se acompaña de angustia, TOC.

 .Idea fóbica. Es el miedo incontrolable a un objeto o situación concreta que no constituye peligro para la vida.

 .Idea delirante. Es una falsa idea, irreductible por la lógica y con convicción de su realidad.

**Funciones afectivas.**

 Alteraciones cuantitativas.

 .Hipertimia. Estado de alegría exagerado, maniacos.

 .Hipotimia. Estado de tristeza, depresiones

 .Atimia. Es el grado máximo de tristeza, puede llegar a la inmovilidad y mutismo, depresiones graves.

 Alteraciones Cualitativas.

 .Ansiedad, estado de malestar impreciso, con

 componentes vegetativos difusos.

 .Disforia, estado de mal humor.

 .Euforia, estado de alegría artificial.

 .Indiferencia, es la falta de respuesta afectiva ante un estímulo.

 .Ambivalencia, es la expresión simultanea de dos afectos contrapuestos, odio y amor.

 .Incongruencia, respuesta afectiva contraria al estimulo que la provoca.

 .Labilidad, cambios bruscos del humor.

**FUNCIONES DE LA CONDUCTA.**

 Fase psicomotriz . Fase de intención o deseo.

 .Alteraciones Cuantitativas.

 .Hiperbulia, exagerada disposición a la acción,

 maniacos.

 .Hipobulia.

 .Abulia.

 .Alteraciones cualitativas.

 .Necesidades de alimentación, anorexia, bulimia.

 . Necesidades vitales:

 algofilia (la perdida de la reacción de defensa),

 pusilanimidad, (la reacción exagerada de defensa), y

 la automutilación.

 .Necesidades sexuales, hipererotismo, anafrodisia.

 Fase de la conducta explícita. Se expresa en la actividad motora.

 .Alteraciones Cuantitativas.

 .Hiperquinesia, aumento de la actividad motora, en ansiedad, orgánicos.

 .Hipoquinesia, disminución de la actividad motora voluntaria.

 .Aquinesia, abolición de los movimientos.

 .Alteraciones Cualitativas.

 .Ecopraxia, imitación inconsciente de los actos de los demás.

 .Flexibilidad cérea, inmovilidad e hipertonía, signo de la almohada aérea.

 .Negativismo, ausencia de respuesta ante las ordenes.

 .Obediencia automática, obediencia y ejecución de todos los movimientos.

 Trastornos del lenguaje.

 Ecolalia

 Taquilalia

 Bradilalia.

Semiología Psiquiátrica. Resumen

|  |
| --- |
| Funciones de síntesis o integración |
| Conciencia | Nivel de vigilia | Alto Normal Bajo |
| Atención  | Pasiva | Hipervigilancia |
| Activa | Distractibilidad, Hiperconcentración |
| Memoria | Trastornos cuantitativos | Hipermnesia, Hipomnesia, Amnesia |
| Trastornos cualitativos | Falsos recuerdos, Confabulación |
| Orientación | Alopsíquica | Tiempo, Espacio, Personas |
| Autopsíquica |  |
| Funciones de relación |
| Relación consigo mismo: apreciación de cualidades positivas y negativas, grado de conciencia de enfermedadRelación con los demás: relaciones interpersonalesRelación con las cosas: Intereses fundamentales del explorado |
| Capacidades intelectuales |
| Altas-------Promedio---------Bajas |
| Funciones cognoscitivas |
| Sensopercepciones | Trastornos de las sensaciones | HiperestesiaHipoestesiaAnestesia Cenestopatia |
| Trastornos de las percepciones | Ilusión, Alucinación, PseudoalucinaciónMetamorfosis, Trastornos del esquema corporal, Desrealización, Despersonalización , Transformación |
| Pensamiento | Trastornos del origen | Pensamiento autista o con tendencia autista |
| Trastornos del curso | Lentificación---Deprimidos, obnubiladosAceleración---- maniacos y ansiososBloqueo, Robo----esquizofrénicosFuga de ideas---- maniacosPerseveración---Epilépticos, dementes Prolijidad---Dementes, retraso mentalDisgregaciónIncoherencia |

|  |
| --- |
| Funciones cognoscitivas |
| Pensamiento | Trastornos del contenido | Ideas sobrevaloradas---deprimidosIdea fóbica---Trastornos fóbicosIdea fijaIdea obsesivaIdea delirante o delirio |
| —Según temática:Daño, Persecución, ReferenciaInfluencia, Hipocondriaco, GrandezaNihilista, de autorreproche, Erótico |
| —Según mecanismo de producción:Deductivo, Interpretativo, Inductivo  |
| Trastornos de la capacidad de abstracción |
| Trastornos de las operaciones |

|  |
| --- |
| Funciones afectivas |
| Trastornos cuantitativos | Hipertimia--------Hipotimia----------Atimia |
| Trastornos cualitativos | AnsiedadApatía o indiferenciaAmbivalenciaIncongruencia o disociaciónIrritabilidadEuforiaDisforia |

|  |
| --- |
| Funciones conativas |
| Fase psicomolriz o de acción implícita | HiperbuliaHipobuliaAbulia |
| Fase de conducta manifiesta o de acción explícita | Trastornos de la actividad motora | Trastornos cuantitativos | HipercinesiaAgitaciónHipocinesia Acinesia |
| Trastornos cualitativos | Catalepsia EstereotipiaManerismoNegalivismo Obediencia automáticaFlexibilidad cérea Compulsión |

|  |
| --- |
| Funciones conativas |
| Fase de conducta manifiesta o de acción explícita | Trastornos de las necesidades | Necesidad de sueño | * Disomnias

InsomnioHipersomniaTrastornos del ciclo sueño-vigilancia* Parasomnias

PesadillasTerror nocturnoSonambulismo |
| Necesidad de alimentación | AnorexiaBulimiaCoprofagia |
| Necesidad de defensa | PusilanimidadAlgofiliaAutomutilaciónConducta suicida |
| Necesidad sexual | HipererolismoHipoerotismoOtros |
| Necesidad de relación | Retraimiento.Hipersociabilidad |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fase de conducta manifiesta o de acción explícita | Trastornos de los hábitos | Deterioro de hábitos: Estéticos, Higiénicos, Alimentarios, Sexuales,Recreativos, Laborales,Culturales, Interpersonales |
| Trastornos del lenguaje | Disfemia, Taquilalia Coprolalia, Ecolalia |

**SINDROMES**

Síndrome. Conjunto de síntomas y signos relacionados temporal y patogénicamente, que pueden ser expresivo de diferentes enfermedades.

1.Con alteraciones predominante en las funciones de síntesis.

Orgánicos

Disociativos

2.Con alteración predominante en las altas funciones intelectuales.

Oligofrénico

Demencial

Amnésico

Apatoabúlico

3.Más heterogéneo, con alteración en otras funciones (a menudo más de una)

Con alteraciones predominantes en la esfera Afectiva.

Con alteraciones predominantes en la esfera Cognoscitiva

Con alteraciones en la conducta (discinéticos)

4. Síndrome esquizofrénico.

5. Síndrome asténico

6. Síndrome de dependencia alcohol o drogas.

7.Síndrome psicopático

**Síndromes Cerebrales.Orgánicos:** Tienen como substratum alteraciones estructurales en el encéfalo o sus envolturas.

**Agudos (S.C.O.A.)**

Compromiso funcional del tejido cerebral como consecuencia de enfermedades orgánicas que agreden el encéfalo.

Comienzo generalmente brusco.

Trastorno en las funciones de síntesis y cognoscitivas.

Evolución a la curación con restitución total cuando enfermedad que lo ocasiona es tratada correctamente.

1. Síndrome de Obnubilación
2. Síndrome de delirium
3. Síndrome Oniroide
4. Síndrome de estado crepuscular
5. Síndrome de confusión mental

**Síndrome de obnubilación:** Es la dificultad para captar estímulos sensoperceptuales de intensidad media.

Trastorno de la conciencia ligero

Ve a través de una nube

Disminución de las posibilidades de percatarse de lo que sucede en su entorno.

Sólo responden a estímulos más intensos que los habituales

Atención distráctil

Memoria disminuida

Orientación grosera

Pensamiento lento

Movimientos disminuidos y lentos

Ej en Fiebre tifoidea, meningoencefalitis, tumores cerebrales

**Síndrome de delirium:** Vivas alteraciones, sensoperceptuales, deformidad o desviación de la realidad.

Puede establecerse bruscamente o llegarse a él por aumento progresivo del cuadro anterior.

Toma de la vigilia es mayor

Orientación fluctuante

Memoria disminuida

Atención distráctil

Importantes trastornos sensoperceptuales (alucinaciones visuales y táctiles de contenido terrorífico)

Conducta defensiva o de escape

Agitación a grandes espacios

Ej. en Intoxicaciones externas e internas, procesos infecciosos, traumas craneales.

**Síndrome Oniroide**

Se caracteriza por la mezcla del mundo externo con la fantasía, sin perder la orientación y lucidez.

Es como una infiltración de las construcciones del sueño en el pensamiento vigil.

Notable riqueza alucinatoria visual de tipo escénica con temáticas no angustiosas ( lo que explica su pasividad ante las vivencias)Atención distráctil

Vigila baja

Memoria disminuida al superar el cuadro.

Ej.en Cuadros tóxicos y sépticos, posterior a traumas craneales.

**Síndrome de estado crepuscular:** Afectación de la conciencia expresada clínicamente por la desorientación mantenida y la amnesia total de la vivencia una vez superado el cuadro.

Desorientación mantenida

Amnesia de las vivencias una vez superado el cuadro.

La conducta puede ser Pasiva u ordenada o Desordenada y agitada

Desordenada

Nivel de vigilia muy bajo

Atención distráctil para temas ajenos a las vivencias alucinatorias.

Memoria: amnesia total al concluir el cuadro.

Desorientación total sin fluctuaciones.

Enfermo se enfrenta a alucinaciones de contenido amenazador

Una de las más importantes emergencias psiquiátricas

Ej. en Epilepsia, intoxicaciones, traumas craneales, embriaguez patológica

**Síndrome de confusión mental:** Expresivo de un alto grado de disfunción cerebral, también llamado amencia, ausencia casi total de la psiquis.

Alto grado de disfunción cerebral

Mayor grado de toma de conciencia

Pensamiento con alto grado de incoherencia que impide la comunicación.

Conducta muy rudimentaria, generalmente limitada al espacio de la cama.

Perplejidad elemento de primer orden.

Ej. en Intoxicaciones, infecciones, traumas severos, enfermedades cerebrovasculares

**Crónicos (S.C.O.C.)**

. Sobresalen las alteraciones de la capacidad intelectual y de la personalidad.

1. Síndrome oligofrénico
2. Síndrome demencial
3. Síndrome amnésicoconfabulatorio
4. Síndrome apatoabúlico

**. Síndrome oligofrénico,** hay un rendimiento subnormal desde temprana edad.

La alteración se produce antes de que se haya completado el desarrollo del SNC.

Paciente no llega a alcanzar plenitud de sus facultades psíquicas

Cuadro clínico depende de la edad del paciente.

A medida que el paciente crece se van apreciando dificultades en el aprendizaje, adaptación al medio y control de emociones y conducta.

Atención distráctil

Memoria puede ser aumentada en forma mecánica.

Capacidades intelectuales disminuidas

Pensamiento concreto

. **Síndrome demencial,** se pierden las capacidades intelectuales luego de haber alcanzado un desarrollo normal.

Pérdida progresiva y global de las funciones intelectuales luego de que estas hayan alcanzado un desarrollo normal.

Trastorno de la memoria

Afectación de la atención

Capacidad de orientación disminuida

Afectividad lábil, indiferente.

Conducta: sorprenden a los que lo conocen

Descuidan aspecto personal

Ignoran normas sociales

Pueden ser ofensivos, desconsiderados.

Pensamiento concreto, prolijo y perseverante.

. **Síndrome amnésico – confabulatorio**, se manifiesta por amnesia y confabulaciones que llenan los vacíos de la memoria.

. Afectación fundamentalmente de las capacidades intelectuales y de la memoria.

Amnesia notable

Confabulaciones

Alcoholismo crónico, secuelas de infecciones o traumas encefálicos sobre todo si dañan hipocampo.

**Síndrome apatoabúlico:**

Síntomas cardinales la apatía o indiferencia afectiva y la abulia

Aspecto descuidado y facies indiferente

Capacidades intelectuales disminuidas

Funciones de relación muy afectadas

Hipocinesia

Toma de hábitos y necesidades.

Esquizofrenia, cuadros cerebrales graves de tipo tóxico, infeccioso o traumático

**SÍNDROME ESQUIZOFRÉNICO**

Es la expresión de una importante desorganización de las funciones psíquicas, como características fundamentales está el autismo, la disgregación, la disociación ideoafectiva, y la ambivalencia afectiva.

Importante desorganización de las funciones psíquicas.

Disociación ideoafectivoconativa

Aislamiento

F. Cognoscitivas:

Riqueza alucinatoria auditiva

Pensamiento autista

Bloqueo

Disgregación

Funciones afectivas

Disociación ideoafectiva

Ambivalencia

Funciones conativas

Abulia

 Conducta incomprensible

Ej. en Esquizofrenia, epilepsia, meningoencefalitis

**SÍNDROMES DELIRANTES**

. Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes con afectación global de las funciones psíquicas.

Idea delirante

Afectación global de las funciones de relación

Conservación relativa de las funciones de síntesis.

**. Paranoico:** Delirio único, bien sistematizado, ejemplo paranoia.

**. Paranoide:** Distorsión de la realidad de manera más burda, actividad delirante polimorfa, Ej. Esquizofrenia.

. **Automatismo psíquico:** Es la enajenación mental. Ej. Esquizofrenia

**SÍNDROMES AFECTIVOS**

**. Maniaco**: Presencia de alegría exagerada, aceleración del pensamiento e hiperquinesia.

Alegría exagerada

Aceleración del pensamiento

Hiperactividad motora

Aspecto llamativo por vestuario y maquillaje exagerado

Aumento de las necesidades ( bulimia, hipererotismo, hipersociabilidad)

**. Depresivo:** Presencia de tristeza, lentificación del pensamiento e hipoquinesia.

**. Ansioso:** Expresión subjetiva y objetiva de ansiedad.

Ansiedad

Aspecto angustiado, manos frías, sudorosas

Temor a enloquecer o morir

Expectación de noticias desagradables

Manifestaciones vegetativas difusas.

**SÍNDROMES DISCINÉTICOS**

**. Síndromes estupurosos:** Inmovilidad y mutismo.

. Histérico

. Catatónico

. Depresivo

. Orgánico

**. Síndromes hipercinéticos:** Aumento de la actividad motora.(Voluntaria-Hiperactividad, Involuntaria-Agitación)

. Histérico

. Catatónico

. Depresivo

. Orgánico

**Síndrome hipocondríaco:**

Excesiva preocupación por la salud

Constante temor por la muerte por vía de alguna afección de mal pronóstico.

Trastornos somatomorfos, depresiones de nivel neurótico y psicótico

**Síndrome asténico:**

Agotamiento fácil

Irritabilidad

Intolerancia a los ruidos

Disfunciones sexuales

Dificultades con la atención y memoria.

**Síndrome psicopático**

Patrones inadaptativas en comportamientos

Control de impulsos

Seguridad personal

Autoevaluación

Modo de satisfacción de necesidades biológicas y sociales

**2.3 NIVELES DE FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

Antes de esbozar el campo nosográfico, consideramos indispensable revisar algunos conceptos que serán de utilidad frecuente a partir de ahora.

2.3.1 Afecciones predominantemente endógenas y predominantemente exógenas

En la patogenia de las afecciones mentales interactúan, con diferente grado de significación, según el caso, factores constitucionales relacionados con la información genética y con mecanismos que actúan durante el desarrollo intrauterino, y factores ambientales que denominaremos noxas. Estas pueden influir preferentemente sobre el nivel biológico, psicológico o social del hombre.

Cuando en la valoración patogénica integral de un paciente evidenciamos un predominio de factores ambientales, diremos que presenta una afección fundamentalmente exógena, y en el caso contrario hablaremos de un cuadro predominantemente endógeno. Los trastornos de adaptación y las reacciones ante estrés agudo son ejemplos de la primera categoría, y los episodios maniacos y la esquizofrenia, de la segunda.

Existen también afecciones en las que el predominio de lo endógeno o exógeno no es tan definido, como en el caso de algunos cuadros en la etapa involutiva de la vida.

Es necesario que nos detengamos en algunas sub-categorias de los cuadros predominantemente exógenos: según el nivel en que actúa la noxa sobre la unidad biosocial se establecen los cuadros exógenos psicógenos, que son los causados por noxas psicosociales, y los cuadros exógenos por otras noxas representadas por agentes tóxicos, infecciones, traumáticos, etcétera.

Dentro de los cuadros predominantemente psicógenos debemos distinguir, a su vez, dos variantes fundamentales: los trastornos de adaptación determinados por noxas psicosociales -generalmente con significado sociocultural determinado que actúan sobre una personalidad prácticamente indemne, como es el caso de una depresión luego del fallecimiento accidental de un hijo; y los cuadros reactivos, donde la noxa psicosocial actúa fundamentalmente por su significación individual para el sujeto, condicionado por experiencias anteriores, que en mayor o menor grado se reflejarán en la estructura de su personalidad, y que le hacen reaccionar en forma exagerada ante el agente patógeno que, posiblemente en otras circunstancias o durante su agresión a otro sujeto, no sería suficiente para producir el cuadro psicopatológico. Así, la reacción delirante celopática de un sujeto desconfiado, inseguro y con sentimientos de inferioridad, traumatizado además por la infidelidad de su primera esposa, puede explicarse como respuesta patológica a una disfunción sexual actual.

2.3.2 Cuadros predominantemente orgánicos y funcionales.

Estas categorías se establecen según exista substratum estructural en forma de lesiones en el encéfalo o sus envolturas, o no pueda ser evidenciado por los medios al alcance de la ciencia en nuestros días, por ser las alteraciones somáticas de rango histoquímico. Así la agitación consecutiva a un trauma craneal con hematoma subdural ejemplificaría el primer grupo, y la agitación maniaca, el segundo.

Como puede inferirse los síndromes cerebrales orgánicos agudos y crónicos son la expresión más típica de la primera categoría.

2.3.3 Nivel neurótico y nivel psicótico.

Atendiendo al grado de severidad de las manifestaciones psicopatológicas, las afecciones psiquiátricas pueden expresarse en el nivel neurótico, que se caracteriza por la conservación de la crítica de enfermedad, la afectación discreta de la adaptación creadora al medio, con un predominio de trastornos de tipo cuantitativo y de afectación en la esfera afectiva; en tanto que en el nivel psicótico se pierde la crítica de enfermedad, la adaptación creadora al medio se daña notablemente, los trastornos predominantes son de tipo cualitativo y se afectan prácticamente todas las funciones psíquicas

Una valoración rápida de estas características permitirá destacar que en el nivel psicótico la toma de la adaptación creadora al medio se expresa por la frecuente necesidad de hospitalización; los trastornos cualitativos con manifestaciones nuevas para el paciente como las alucinaciones o delirios; y la afectación difusa de las funciones psíquicas, por una notable distorsión del reflejo de la realidad que incluye, desde luego, una importante toma de crítica.

Debemos resaltar que hasta ahora hablamos de nivel de funcionamiento del paciente y no de neurosis o psicosis, categorías que fueron sustituidas por trastornos neuróticos y trastornos psicóticos respectivamente, e incluso el término trastorno neurótico ya no se incluye con esa denominación en los sistemas de clasificación más recientes de las enfermedades psiquiátricas.

2.3.4 Nivel deficitario y nivel psicopático

Existen también los niveles deficitario y psicopático: el primero expresado por el bajo nivel intelectual, ya sea éste congénito o tempranamente adquirido -antes de desarrollarse las potencialidades del sujeto-, o establecido después de haber culminado dicho desarrollo, lo que delimita en el nivel deficitario la presencia de pobres que siempre fueron pobres y pobres que antes fueron ricos como decía Esquirol, es decir, personas cuyo funcionamiento deficitario estuvo presente siempre o desde etapas muy tempranas, y otras cuya deficiencia se instaló después de la adolescencia o mucho más tardíamente.

Como puede inferirse, en este nivel se expresan indistintamente tanto los síndromes oligofrénicos como los demenciales.

En cuanto al nivel psicopático, su esencia está en la presencia de .rasgos o patrones de la personalidad de tipo inadaptativo, es decir, patrones de comportamiento rígidos y profundamente arraigados que en lugar de favorecer el ajuste creador del sujeto a su medio, condicionan sufrimiento para sí mismo, para los que le rodean o tanto para uno como para los otros. Es éste el nivel psicopatológico en que se expresan los trastornos de la personalidad desde el obsesivo hasta el antisocial.