



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

**Tema: Ensayo sobre la clasificación
de patologías psiquiátricas**

**Alumno: Carlos Rodrigo Velasco
Vázquez**

Grupo "B"

Quinto semestre

Psiquiatría

**Docente: Dr. Cristian Jonathan
Aguilar Ocampo**

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de septiembre de 2023

Introducción

Durante mucho tiempo la humanidad así como la medicina se basó solamente en todo aquello que era capaz de observar para tratar de explicar los eventos que ocurrían y presenciaban. Los fenómenos naturales, las enfermedades, las reacciones del cuerpo, los embarazos y todo aquello que pasaba en su entorno. Lo relacionaban con sucesos que podían observar, de la manera más lógica posible pero siempre con todo aquello que podían ver y tocar.

Durante muchos años y siglos enteros se pensó que todo era una causalidad divina. En los primeros años del quehacer médico no podía ni imaginarse la existencia de los microorganismos que eran en realidad los causantes de muchas enfermedades que agobiaban a las personas. Con la invención del microscopio y con ello la capacidad de conocer y estudiar a las bacterias, se tuvo al fin el conocimiento necesario para decir que los gusanos en los cadáveres y las enfermedades contagiosas eran producto de ellas y no de un castigo divino por actos inmorales por parte de las personas o por la generación espontánea que prácticamente daba la explicación a todo malestar inexplicable. Es entonces cuando se tuvo una revolución completa en la historia de la medicina.

Con el conocimiento del mundo microscópico, las enfermedades que por mucho tiempo era un misterio ahora podían comenzar a resolverse. La causa, el motivo de su comportamiento y sobre todo una explicación que no dejara nada a suposiciones. Se emplearon métodos terapéuticos, se perfeccionaron las técnicas de manejo y con el paso de los años se tuvo casi la completa descripción de la mayoría de las enfermedades. Durante este tiempo la medicina floreció pero quedaba aun un hueco tan grande como el del comienzo, las enfermedades mentales.

Como mencionamos al principio, siempre hemos relacionado todo con aquello que vemos y podemos tocar. Las enfermedades mentales no fueron la excepción. Siempre creímos que para que algo estuviera mal debía haberse formado algo mal para causarlo y si no podíamos verlo no era posible que sucediera. Así fue entonces que aun después de conocer la causalidad biológica de las enfermedades había un letargo en la causalidad de las enfermedades mentales, dejándolas aún a la causa divina o a una causa desconocida. Pensando que era un castigo o que no había explicación lógica para tratar de evidenciarla.

No fue hasta que se tuvo un amplio conocimiento en la funcionalidad del cerebro, de los nuevos descubrimientos fisiológicos, después de muchos experimentos y de mucho avance tecnológico que comenzó a aceptarse la idea de que hay enfermedades que no podemos ver y que es quizá un poco impreciso saber su etiología. Es aquí cuando comenzamos a estudiar este tipo de enfermedades, es entonces cuando la medicina comenzó a notar que todas seguían un patrón y que no importaba de que parte del mundo viniera siempre era el mismo comportamiento. Eso nos llevo a la conclusión de que era un problema fisiológico y nos dio la pauta para comenzar a clasificarlas y de esa manera poder identificarlas de una manera

más efectiva. Y sobre todo tenerse un avance muy significativo del conocimiento de estas patologías.

Justificación

En la practica medica actual es imprescindible conocer y saber identificar las patologías psiquiátricas que se presentan en la población con mayor incidencia. A menudo es posible observar que en la consulta médica de primer nivel llegan personas que padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, de cualquier origen, de cualquier gama, pero para el médico general muchas veces es un poco difícil identificarlas y por lo tanto son tratadas sin más que la patología más visible y obvia. Es entonces que se descuida a estos pacientes y es normal que se deje evolucionar a estadios más graves de las patologías que presentan. En defensa, podemos decir que es un poco complicado reconocerlas y estas requieren de un conocimiento amplio en el tema y de ser capaces de reconocer comportamientos muy sutiles de estas patologías por parte del médico. El médico psiquiatra es el que está capacitado para diagnosticar las enfermedades pero si el médico general que tiene el contacto con la mayoría de las personas pudiera identificarlas desde el primer contacto con los pacientes estos se ahorrarían quizá algún tipo de complicaciones y no perderían mucho tiempo para ser tratados. Es por eso que para el médico general en formación es importante que revise estos temas para que sea capaz al menos de reconocer los padecimientos y de esa manera poder referir a los pacientes con el personal médico capacitado para poder llevar a cabo el diagnostico correspondiente. Es por eso que ahora veremos la principal clasificación de las patologías psiquiátricas.

Para que el diagnostico de las enfermedades psiquiátricas sea más efectivo y fácil de realizar, es necesario que el medico tenga una manera de clasificar las patologías y de así desde el principio sea capaz de ir haciendo un diagnóstico diferencial y eliminar aquellas patologías que no se encuentren ni de cerca con el padecimiento de su paciente. Es por eso que a fin de eliminar un poco de la gran cantidad de patologías posibles por descartar, se han fabricado manuales que clasifican a las patologías de acuerdo a su etiología o a los comportamientos similares y así ser capaz de descartar todas aquellas enfermedades que no se relacionan por absolutamente nada.

La clasificación se llevó a cabo de manera tal que las patologías se clasificaron en grupos en el cual se encuentran aquellas con los mismo síntomas, origen o factores de riesgo en común.

Comenzaremos citando los trastornos en el neurodesarrollo. Este tipo de trastornos son los que se diagnostican por primera vez en la lactancia, la niñez o la adolescencia. Desde este momento podemos comenzar a descartar todas aquellas patologías que aparecen por primera vez en la adultez o que se desencadenan por algún detonante vivido a lo largo del desarrollo de vida del paciente.

Entre este tipo de enfermedades encontramos las siguientes:

Discapacidad intelectual o trastorno del neurodesarrollo intelectual. Que hace referencia aquellos infantes o individuos que no son capaces de alcanzar las demandas de la vida cotidiana adecuada para su edad que además no le permite desarrollarse plenamente como persona o individuo funcional en la sociedad. Suele clasificarse de acuerdo al nivel de afectación presente.

Trastornos de la comunicación. En este apartado de enfermedades existen cuatro tipos de trastornos de la comunicación que proveen un deterioro importante del funcionamiento que son el trastorno del lenguaje que se caracteriza por déficits en el desarrollo del vocabulario que produce dificultades para formular frases apropiadas para la edad. El trastorno fonológico, marcado por tartamudeo. Trastorno de la comunicación o pragmático que supone una dificultad profunda en la interacción social y comunicación con los pares.

Trastornos del espectro autista. El espectro autista comprende un conjunto de comportamientos que se caracterizan por dificultades graves en numerosas áreas del desarrollo, como reciprocidad social, comunicación y patrones de comportamiento o actividades de tipo restrictivo o repetitivo, incluyendo el habla.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La característica central de la enfermedad es la falta de atención persistente, junto con hiperactividad, impulsividad o ambas, que ocasionan un deterioro del funcionamiento clínicamente significativo. Se observa tanto en niños como en adultos. Este es uno de los trastornos que más se confunden en pacientes que en realidad no lo presentan pero por la barrera existente entre si es o no la enfermedad o el burdo conocimiento del comportamiento infantil termina diagnosticándose y tratando farmacológicamente.

Trastornos específicos del aprendizaje. Son déficits en la maduración del desarrollo que se asocian con dificultades para adquirir las habilidades específicas de la lectura (dislexia), expresión escrita o matemáticas (discalculia).

Trastornos motores. De forma parecida a los del aprendizaje, los trastornos motores se diagnostican cuando la coordinación motriz es sustancialmente inferior a las expectativas basadas en la edad y la inteligencia, y cuando los problemas de coordinación interfieren de forma significativa en el funcionamiento.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

En el apartado sobre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se incluyen ocho trastornos específicos (esquizofrenia, trastornos esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, psicótico breve, psicótico debido a sustancias/medicamentos, psicótico debido a otra afección médica y catatonía) en los que los síntomas psicóticos son una característica destacada del cuadro clínico. En muchos casos como es esta clasificación, los síntomas y comportamientos de los trastornos son muy parecidos, siendo la única diferencia el tiempo de evolución

o el desencadenante de la reacción patológica, de ahí la importancia de contar con experiencia para poder diagnosticarlas de manera correcta en la práctica clínica diaria.

Esquizofrenia. La esquizofrenia es un trastorno crónico en el que generalmente existen alucinaciones o 10 delirios acusados. El paciente presenta la enfermedad por un mínimo de 6 meses, aunque no es necesario que se muestre activamente psicótico durante todo ese tiempo. Los médicos reconocen tres fases de la alteración como fases separadas: prodrómica o de deterioro funcional anterior a la aparición de la fase psicótica activa; activa, en la cual los síntomas (delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento altamente desorganizado o síntomas negativos, como afecto aplanado, abulia y alogia) deben estar presentes durante un mínimo de 1 mes y, tras esta etapa, la fase residual. Las características de las fases prodrómica y residual incluyen alteración funcional y emocional, del conocimiento y de la comunicación.

Trastorno delirante. Se caracteriza por creencias fijas persistentes (por ejemplo: erotománicas, de grandeza, celotípicas, de tipo persecutorio, somáticas, mixtas y no especificadas). Por lo general, se refieren a situaciones que podrían presentarse en la vida real, como infidelidad, ser perseguido o tener una enfermedad, que no se consideran creencias extravagantes. En esta categoría se encuentra el trastorno delirante compartido y se caracteriza por la creencia delirante que desarrolla una persona que mantiene una relación estrecha con otra que presenta delirio y cuyo contenido es similar. La paranoia es una enfermedad rara caracterizada por el desarrollo gradual de un sistema de delirios elaborado, por lo general, con ideas de grandiosidad, que muestra un curso crónico, mientras que el resto de la personalidad permanece intacto.

Trastorno psicótico breve. El trastorno psicótico breve requiere la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y comportamiento muy desorganizado o catatónico, como mínimo durante 1 día, pero menos de 1 mes. Puede ser precipitado por un factor estresante vital externo. La persona suele recuperar su nivel de funcionamiento habitual.

Trastorno esquizofreniforme. El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por los mismos síntomas de la fase activa de la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o síntomas negativos), pero dura entre 1 y 6 meses, y no presenta caracteres prodrómicos ni fase residual de deterioro social o laboral. Como mencionamos anteriormente, este trastorno tiene características muy parecidas con otras patologías pero sólo se diferencian por cuestiones muy puntuales, es importante saber identificarlas para poder elaborar el diagnóstico correcto.

Trastorno esquizoafectivo. El trastorno esquizoafectivo también se caracteriza por los mismos síntomas de la fase activa que se observan en la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o

síntomas negativos), así como por la presencia de un síndrome maníaco o depresivo que no resulta breve en comparación con la duración de la psicosis. Las personas con un trastorno esquizoafectivo, a diferencia de las que tienen una alteración del estado de ánimo con rasgos psicóticos, presentan delirios o alucinaciones durante un mínimo de 2 semanas, sin coexistencia de síntomas del estado de ánimo importantes.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Son trastornos con síntomas de psicosis provocados por sustancias psicoactivas o de otro tipo (p. ej., alucinógenos, cocaína).

Trastorno psicótico debido a otra afección médica. Se caracteriza por alucinaciones o delirios que son consecuencia directa de una alteración médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal, avitaminosis, meningitis).

Catatonía. Se caracteriza por la presencia de alteraciones motrices como la catalepsia (flexibilidad cérea), el mutismo, la adopción de una postura y el negativismo. Puede asociarse con otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia o trastorno bipolar) o deberse a otra afección médica (p. ej., neoplasia, traumatismo craneoencefálico, encefalopatía hepática).

Quizá este tipo de padecimientos son los que más fácil podríamos identificar si presenciáramos un caso. De aquí la importancia de saber reconocerlos y poder clasificarlos, no necesariamente poder diagnosticarlos pero al menor reconocer que la presencia de la patología está y de esa manera poder buscar a ayuda correspondiente.

A continuación hablaremos de otro tipo de trastornos psiquiátricos que son muy comunes entre la población y que a veces por no saber identificarlos de manera adecuada se dejan pasar por mucho tiempo dejando que evolucionen a estadios más complicados de la patología. Estos trastornos depresivos se caracterizan por depresión, tristeza, irritabilidad, retraso psicomotor y en los casos graves, ideación suicida. Podemos clasificarlas de la siguiente forma.

Trastorno depresivo mayor. La característica obligada del trastorno de depresión mayor es un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer por las actividades habituales. Todos los síntomas deben estar presentes prácticamente cada día, excepto las ideas de suicidio o los pensamientos de muerte, que sólo deben ser recurrentes. El diagnóstico se descarta si los síntomas son consecuencia de un duelo normal y si existen síntomas psicóticos en ausencia de síntomas del estado de ánimo.

Trastorno depresivo persistente o distimia. La distimia es una forma de depresión leve y crónica que se prolonga por lo menos durante 2 años. A lo largo de este período, el individuo experimenta un estado de ánimo deprimido casi las 24 h del día y al menos dos síntomas más de depresión.

Trastorno disfórico premenstrual. Aparece aproximadamente 1 semana antes de la menstruación y se caracteriza por irritabilidad, labilidad emocional, cefalea y ansiedad o depresión, que remiten cuando acaba el ciclo menstrual.

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos. Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido debido al consumo de alguna sustancia (p. ej., alcohol) o medicamento (por ejemplo, barbitúricos).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Es un estado secundario a una enfermedad (por ejemplo, hipotiroidismo o síndrome de Cushing).

Otro trastorno depresivo especificado. Esta categoría diagnóstica incluye dos subtipos: episodio depresivo recurrente, que supone un estado depresivo de al menos 2-13 días y que aparece por lo menos una vez al mes y episodio depresivo de corta duración, en el que el estado de ánimo deprimido se prolonga entre 4 y 14 días, pero no se observan recurrencias.

Trastorno depresivo no especificado. Esta categoría diagnóstica se compone de cuatro subtipos básicos: melancolía, una forma grave de depresión mayor que se caracteriza por desesperanza, anhedonia y retraso psicomotor, e incluye también un alto riesgo de suicidio; depresión atípica, marcada por un trastorno de ánimo deprimido asociado con ganancia de peso en lugar de pérdida, y con hipersomnias en lugar de insomnio; con inicio en el periparto, en el que la depresión tiene lugar en el período del parto o en el mes siguiente de dar a luz, y con patrón estacional, en el que el estado de ánimo deprimido aparece en un período determinado del año, por lo general en el invierno (también conocido como trastorno afectivo estacional).

Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Se trata de un nuevo diagnóstico entre los trastornos depresivos que se presenta en niños mayores de 6 años de edad y menores de 18 años, y se caracteriza por accesos de cólera intensos, irritabilidad crónica y estado de ánimo irascible.

Conclusión

Es importante entonces que el médico general tenga conocimiento en el diagnóstico inicial de las patologías psiquiátricas que más se presentan en la población. Porque es cierto que los pacientes muchas veces acuden a la consulta de primer nivel por presentar cuadros clínicos de estas patologías y es aquí donde se necesita la capacidad del médico para poder diagnosticarlos o al menos clasificarlos y así darle el seguimiento correcto, obviamente no diagnosticando de manera equivocada a los pacientes y de esa manera no causarle más daños que beneficios. Como médicos generales quizá no nos compete llevar a cabo el tratamiento, pero sí conocemos y podemos clasificar las patologías seremos capaces de identificarla y así podremos referirla al personal médico capacitado responsable del diagnóstico final y el tratamiento adecuado.

Es por eso que conocer la clasificación de las patologías psiquiátricas es sumamente importante en los conocimientos del médico general, porque con el simple hecho de conocerla podemos descartar aquellas patologías que no se encuentran en la misma rama y así llegar con mayor facilidad al diagnóstico presuntivo. Es importante señalar que ahora es bastante común encontrar a pacientes que presenten este tipo de patologías psiquiátricas y aquí es donde entra nuestra capacidad diagnóstica y la importancia de conocer a las enfermedades más comunes para claramente evitar el deterioro saludable del paciente y de esa manera poder realizar una intervención terapéutica en el tiempo adecuado.

Bibliografía:

Manual De Bolsillo De Psiquiatría Clínica. Sadock, J. Benjamín/ Kaplan editorial LWW 2010. 5ª Ed.