



Universidad Del Sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Resumen

Alumna: Nicole Yuliveth García Guzmán

Grupo "B"

Quinto Semestre

Materia: Psiquiatría

Docente: Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

PASIÓN POR EDUCAR

A lo largo de esta primera unidad hemos abordado los temas en relación a la clasificación de trastornos psiquiátricos, con el paso de los años cada uno de ellos ha sido estudiado detalladamente con el fin de obtener mas información en relación a sus definiciones y él porque es que estos tienden a desarrollarse, en lo particular el que más llamo mi atención fue el Espectro de la esquizofrenia ya que en la actualidad ha cobrado cierta relevancia el estudiarlos más a fondo con el fin de aportar más información respecto al tema, debemos recordar que no solo existe un tipo en específico debido a que en cada persona puede llegar a manifestarse de diversa manera, en donde destacan cierta “clasificación” como la esquizofrenia, trastornos esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, psicótico breve, psicótico debido a sustancias/medicamentos, psicótico debido a otra afección médica y catatonía. Es por ello que resulta indispensable comprender que los signos y síntomas son variables y dentro de ellos encontramos cambios en la percepción, la emoción, la cognición, el pensamiento y el comportamiento, es aquí donde cobra importancia el aprender a identificar cada tipo puesto que no siempre estarán todos los signos o síntomas en específico, aunque por lo regular estos varían con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y normalmente prolongado.

Al hablar del trastorno de la esquizofrenia es fundamental comprender que se trata de un trastorno crónico en el que generalmente existen alucinaciones o delirios acusados, por lo regular el paciente presenta la enfermedad por un mínimo de 6 meses, aunque no es necesario que se muestre activamente psicótico durante todo ese tiempo. Por lo que al ser abordado como crónico su evolución puede presentarse por tres fases: fase activa en donde se encuentran síntomas como alucinaciones, delirios y pensamiento desorganizado, por otro lado está la fase prodrómica y residual en donde destacan las creencias extrañas y pensamiento mágico, de igual forma los pacientes presentaran cierto desinterés en el cuidado personal y las relaciones interpersonales se llegaran a ver afectadas puesto que los pensamientos y las alucinaciones juegan un papel importante en el desarrollo de este trastorno pues algunos manifestaran cierta actitud que generara problemas a largo plazo en su manera de relacionarse al ser algo “involuntario” pueden llegar a comentar ciertas cosas fuera de lugar acompañadas de una mala actitud en algunos casos.

Resulta importante el tener en cuenta que dicho trastorno puede presentarse en ambos sexos, aunque en el sexo masculino se tiene que este iniciara primero, de acuerdo a la edad puede presentarse a 15 y 35 años, pero por otra parte algunas bibliografías mencionan que este inicia a los 25 años, al igual puede “clasificarse” en esquizofrenia de inicio temprano cuando es antes de los 10 años y esquizofrenia de inicio tardío a los 45 años.

En la actualidad ha cobrado mucha importancia puesto que juega un papel diferente en cada persona y este no se manifestara ni desarrollara de la misma manera, debemos recordar que al verse involucrado los pensamientos es que en ocasiones

suelen tomar decisiones erróneas ya que la causa principal de muerte de pacientes esquizofrénicos es el suicidio y es por ello que destaca la importancia de llevar un buen control y en su caso medicación con la finalidad de tratarse de “estabilizar” al paciente y evitar ese trágico escenario.

Si hablamos de su historia el trastorno cobra relevancia en el siglo XIX, en donde algunos personajes realizaron aportaciones que contribuyeron a lograr comprenderlo como el psiquiatra belga Benedict Morel en 1852 había utilizado el término *démence précoce* para describir a los pacientes con deterioro cognitivo en los que la enfermedad había empezado durante la adolescencia, y fue en 1896 cuando Emil Kraepelin tradujo el término de Morel *démence précoce* como demencia precoz, recalcando el cambio cognitivo (demencia) y el inicio temprano (precoz) del trastorno por lo que con respecto a eso se identificaron como pacientes con demencia precoz aquellos que presentaban una evolución de deterioro a largo plazo y tenían síntomas clínicos de alucinaciones y delirios, por otro lado en 1911 el psiquiatra suizo Eugen Bleuler agregó el término esquizofrenia el cual lo usó para expresar la presencia de “afectaciones” entre el pensamiento, las emociones y el comportamiento en los pacientes con este trastorno, con el paso del tiempo y enfocándose en su estudio dio lugar a las cuatro A, puesto que identificó síntomas principales y específicos de la esquizofrenia, dentro de ellos se encontraban trastornos asociativos del pensamiento, en especial descarrilamiento, trastornos afectivos, autismo y ambivalencia, lo que lo orientó a resumirlos como las cuatro A: asociaciones, afectividad, autismo y ambivalencia, de igual forma identificó los síntomas secundarios (alucinaciones y delirios) que eran los que Kraepelin sugirió como principales indicadores de la demencia precoz.

Enfocándonos en los términos abarcado es de suma importancia comprenderlos ya que de esa manera podemos aprender a diferenciarlos o asociarlos con los tipos de trastornos, como es el caso de los delirios que destacan por ser creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra, a su vez puede clasificarse en Persecutorios, Referenciales De grandeza, Erotomaniacos, Nihilistas y Somáticos, dentro de esos tipos también puede dividirse en Extravagantes cuando incomprensibles y no proceden de experiencias, y los No extravagante que se pueden derivar de una experiencia de la vida.

Otro término para abarcar son las alucinaciones puesto que son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo, pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia, en ocasiones es que los pacientes manifiestan y adoptan cierto tipo de actitud al “dejarse guiar” por las voces que escuchan e incluso pueden llegar a suicidarse por los pensamientos que pueden llevar a sentir en esos momentos.

Al igual Pensamiento o discurso desorganizado se refiere a sujeto puede cambiar de un tema a otro en donde al entablar una conversación sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no en absoluto, incluso

puede ser un discurso tan desorganizado que es prácticamente incomprensible orientándonos a la presencia de una problemática. Por otro lado debemos recordar que se manifestara un comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) catalogado como “tonterías” infantiloides y cuando existe disminución marcada de la reactividad al entorno se hace referencia al comportamiento catatónico en la cual puede adoptar de una postura rígida, inapropiada o extravagante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association Panamericana 2014. 5ª Ed.