



Universidad del Sureste
Campus Comitán



Licenciatura en Medicina Humana

**"Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos
psicóticos"**

Resumen

Hernández Aguilar Irma Natalia

5to "B"

ESQUIZOFRENÍA.

Dr. Cristian Jhonathan Aguilar Ocampo

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 11 de septiembre de 2023



Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Resumen

En el DSM-5, el grupo de trastornos con esta clasificación incluye al trastorno de la personalidad esquizotípico, el cual no es un trastorno psicótico, pero a veces precede a la manifestación completa de la esquizofrenia.

Esquizofrenia. La esquizofrenia es un trastorno crónico en el que generalmente existen alucinaciones o 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, a pesar de que no se incluyen en el DSM-5 como fases separadas:

1. **Fase prodrómica:** que se caracteriza por un claro deterioro del nivel previo de actividad. Van apareciendo el retraimiento social, el deterioro en la actividad, higiene y vestido, afectividad embotada o inapropiada, conducta peculiar, alteraciones en la comunicación, ideación extraña, experiencia perceptivas poco habituales y falta de iniciativa, interés o energía. Los amigos o familiares describen el inicio de estos síntomas como un cambio de personalidad, de no ser ya la misma persona. El pronóstico de la enfermedad es particularmente malo cuando la fase prodrómica es insidiosa y tiene un curso oscilante de muchos años.
2. **Fase activa:** que se caracteriza por el predominio de los síntomas psicóticos (*positivos*): alucinaciones, delirios, conducta catatónica, pérdida de la capacidad asociativa, etc. El comienzo de la fase activa, tanto si es la inicial como si se trata de una exacerbación o recaída puede ir asociada a un estrés psicosocial (que podrían actuar como precipitante).
3. **Fase residual:** esta fase se caracteriza porque el cuadro clínico es parecido a la fase prodrómica, excepto que el embotamiento afectivo y el deterioro de la actividad son más intensos. Pueden persistir algunos síntomas psicóticos, pero ya no se acompañan de una vivencia afectiva intensa.

Las características de las fases prodrómica y residual incluyen alteración funcional y emocional, del conocimiento y de la comunicación. En el DSM-IV, la esquizofrenia se subdividía según los síntomas más destacados presentes en el momento de la evaluación en paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual; sin embargo, estos subtipos ya no forman parte de la nomenclatura del DSM-5. No obstante, resultan necesarios desde el punto de vista fenomenológico y se incluyen en el CIE-10.

El sujeto que padece esquizofrenia suele presentar los siguientes síntomas:

- **Ideas delirantes** (delusiones) o creencias fijas y erróneas que no pueden entenderse dentro del contexto del grupo cultural o religioso del individuo. Las convicciones son inamovibles ante las pruebas convincentes de su inverosimilitud, y la persona está totalmente convencida de su veracidad. Los delirios se clasifican en:
 - Los *delirios persecutorios* (es decir, la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo) son los más comunes.
 - Los *delirios referenciales* (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno) también son comunes.
 - Los *delirios de grandeza* (es decir, cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales)
 - Los *delirios erotomaniacos* (es decir, cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella).
 - Los delirios nihilistas suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe,
 - Y los *delirios somáticos*, que se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.

- **Alucinaciones o experiencias sensoriales**, son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos psicóticos relacionados.
- Un **afecto inapropiado**. Los pacientes que presentan este síntoma pueden tener manifestaciones afectivas incongruentes, en las que la emoción que se expresa no está relacionada con la situación en la que se encuentran.
- La **abulia-apatía o falta de comportamientos dirigidos a una meta** se concreta en una falta de motivación y una carencia de energía para iniciar, mantener o terminar una conducta, y se puede manifestar por una inactividad física casi completa.
- La **anhedonia** es bastante frecuente y consiste en una pérdida de interés o de placer.
- El **aislamiento social** se considera también un síntoma relacionado con la enfermedad, y estaría estrechamente asociado a la anhedonia.
- El **aplanamiento afectivo o embotamiento** se caracteriza por una ausencia o disminución de la reacción emocional a los estímulos; es decir, el paciente presentaría un déficit en la capacidad para expresar emociones.
- Otro síntoma que se da a menudo es el **humor disfórico** que puede tomar forma de depresión, ansiedad o ira.

- El **lenguaje desorganizado** o trastorno formal del pensamiento incluye muchos tipos de trastornos del lenguaje, entre los que se pueden incluir el descarrilamiento o fuga de ideas, la tangencialidad, la circunstancialidad, la esquizoafasia o incoherencia, la ilogicidad, los neologismos, la presión del habla (*taquilalia*), el hablar distraible (*asíndesis*) y las asociaciones fonéticas
- Pueden ocurrir también **alteraciones en el sueño**.
- Como consecuencia de las **ideas delirantes** puede que los sujetos rechacen los alimentos.
- Se observan a menudo **alteraciones motoras del tipo de balanceos, inmovilidad apática** o por ejemplo **alteraciones en la marcha**.
- Son evidentes también **alteraciones en la memoria, la atención y la concentración**.

La vuelta a la normalidad premórbida no es lo habitual. El curso más común se caracteriza por exacerbaciones agudas o recaídas (nuevas fases activas) con aumento del deterioro entre cada episodio (en las fases residuales). El deterioro de la fase residual aumenta entre cada episodio activo durante los años iniciales del trastorno, aunque también hay datos de que los síntomas residuales se atenúan durante las fases tardías de la enfermedad en muchos pacientes.

El grupo de factores que acompaña a un buen pronóstico son:

- La ausencia de trastornos previos de la personalidad
- Una adecuada actividad social premórbida
- La presencia de acontecimientos precipitantes
- El inicio brusco a una edad cuanto más tardía mejor
- Un cuadro clínico con confusión
- Y una historia familiar con trastornos del estado de ánimo.

Por otro lado, **predicen un mal pronóstico los siguientes factores:**

- El aislamiento social del paciente tras el episodio psicótico
- La existencia de antecedentes familiares de esquizofrenia
- La larga duración del episodio anterior
- La existencia de una alta emoción expresada familiar
- Y una fase prodrómica insidiosa

Los subtipos se mantienen como descripciones útiles a las que aún recurren los especialistas cuando se comunican entre sí.

- Trastorno delirante.** Se caracteriza por creencias fijas persistentes (p. ej., 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 (también conocido como folie à deux) del DSM-IV, que ha recibido el nuevo nombre de síntomas delirantes en la pareja con trastorno delirante en el DSM-5® 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 (un término que no se incluye en el DSM-5®) 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.
- 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).

Referencias

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. (2019, January).

Psicología Enrique Santos. Retrieved September 11, 2023, from

<https://www.psicologiaenriquesantos.es/psicopatolog%C3%ADa/espectro-de-la-esquizofrenia-y-otros-trastornos-psic%C3%B3ticos/>

Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría 11ª Edición. (2019, February 23).

booksmedicos. Retrieved September 11, 2023, from

<https://booksmedicos.org/kaplan-sadock-sinopsis-de-psiquiatria-11a-edicion/>