



Mi Universidad

Resumen

Abril Amairany Ramírez Medina

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

1er parcial

Psiquiatría

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Medicina humana

5to semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. 05 de septiembre de 2023

Introducción

La esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico que se utiliza para personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizado a menudo por conductas que resultan anómalas para la comunidad, falta de percepción de la realidad, alteraciones en la percepción o en la expresión de la alteración de la realidad causa además un cambio mantenido en varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social. La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Un niño que tiene un padre con esquizofrenia tiene una probabilidad entre 10 de desarrollar esquizofrenia. Las familias no causan esquizofrenia. A como muchas personas suelen decir La evidencia de la investigación sugiere que los acontecimientos estresantes, o dificultades de relación dentro de la familia, pueden algunas veces desencadenar un episodio de esquizofrenia en alguien que es ya vulnerable a desarrollarla debido a la genética y a otros factores. Entre los síntomas frecuentes están las creencias falsas, un pensamiento poco definido o confuso, alucinaciones auditivas, reducción de las actividades de relación y de la expresión de emociones, e inactividad. Una persona con esquizofrenia, por lo general, muestra un lenguaje y pensamientos desorganizados, delirios, alucinaciones, trastornos afectivos y conducta inadecuada. El diagnóstico se basa en las experiencias que relatan el propio paciente y la conducta vista por el examinador. Se suele considerar que todo tipo de exploración o prueba psicométrica o de psicopatología precisa una información detallada de su alcance y objetivos, y la obtención previa de un consentimiento por parte del paciente. No existen actualmente pruebas de laboratorio diagnósticas de la esquizofrenia y ninguno de los síntomas es patognomónico o exclusivo de esta enfermedad, lo que dificulta el diagnóstico cierto. Los niños mayores de cinco años pueden desarrollar esquizofrenia, pero es muy raro que esta enfermedad se presente antes de la adolescencia, como lo es también su inicio en la tercera edad.

Justificación

La locura es la incapacidad de continuar con las ideas, como si se estuviese en un país extranjero, viendo todo, entendiendo lo que pasa alrededor, pero sin poder explicar o ser ayudado, porque no se entiende la lengua hablada ahí. Todos hemos estado locos en algún momento de nuestra vida.

Existe una idea errónea tanto de la locura como de la esquizofrenia, pues normalmente se nos presentan a personas muy agresivas con éste trastorno.

La esquizofrenia es una enfermedad debilitante y desconcertante. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas, que hablan de él y están convencidos de que otros pueden leer sus mentes; la percepción puede distorsionarse más allá de la realidad haciendo que éstas personas escuchen o vean cosas que no existen, llámense también alucinaciones. Normalmente las personas con ésta enfermedad se aíslan y son cerradas.

Cuerpo

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Aunque se habla de la esquizofrenia como si fuera una sola enfermedad, probablemente comprende un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas, y esto incluye a pacientes cuyas presentaciones clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad son distintos. Los signos y síntomas son variables e incluyen cambios en la percepción, la emoción, la cognición, el pensamiento y el comportamiento. La expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y, normalmente, prolongado. El trastorno suele empezar antes de los 25 años de edad, persiste durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases sociales.

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales graves más habituales, pero la esencia de su naturaleza sigue sin estar dilucidada; es por ello que en ocasiones se la define como un síndrome, como un grupo de esquizofrenias o, según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), como el espectro de la esquizofrenia.

Factores relacionados con la reproducción

El uso de tratamientos psicofarmacológicos, la política de puertas abiertas de los hospitales, la desinstitutionalización de los hospitales públicos y la importancia de la rehabilitación y la asistencia extrahospitalaria para los pacientes han llevado al aumento de matrimonios y de la tasa de fecundidad entre las personas con esquizofrenia.

Factores socioeconómicos y culturales

Factores económicos. La esquizofrenia aparece en pacientes jóvenes y por ello causa disfunciones importantes y duraderas, requiere mucha asistencia hospitalaria y necesita una atención continua, rehabilitación y servicios de apoyo.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-5 incluyen especificaciones sobre la evolución (es decir, el pronóstico) que ofrecen diferentes opciones para los médicos y describen las situaciones clínicas actuales. Para diagnosticar la esquizofrenia no es necesaria la presencia de alucinaciones o delirios; el trastorno de un paciente se diagnostica como esquizofrenia cuando presenta dos de los cinco síntomas especificados en el criterio A (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos). El criterio B requiere que durante la fase activa de la enfermedad esté presente una alteración de la actividad en general, aunque no un deterioro. Los síntomas deben durar como mínimo 6 meses y no puede haber un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo.

Tratamiento farmacológico

La aparición de la clorpromazina podría ser la máxima contribución individual al tratamiento de una enfermedad mental.

Trastorno esquizoafectivo

El trastorno esquizoafectivo tiene características de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos o del estado de ánimo. En los sistemas diagnósticos actuales puede establecerse el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo si el afectado no se ajusta a una de las siguientes seis categorías: 1) pacientes con esquizofrenia con síntomas del estado de ánimo; 2) pacientes con trastorno del estado de ánimo que presentan síntomas de esquizofrenia; 3) pacientes con trastorno del estado de ánimo y esquizofrenia; 4) pacientes con una tercera psicosis no relacionada con la esquizofrenia y el trastorno del estado de ánimo; 5) pacientes cuyo trastorno es un continuo entre la esquizofrenia y el trastorno del estado de ánimo, y 6) pacientes con alguna combinación de los anteriores.

Diagnóstico y cuadro clínico

El médico debe diagnosticar con precisión la enfermedad afectiva, asegurándose de que cumple los criterios de un episodio maníaco o depresivo y determinando la

duración exacta de cada episodio (lo que no siempre es fácil o incluso posible). La duración de cada episodio es esencial por dos motivos. Primero, para cumplir el criterio B (síntomas psicóticos en ausencia de un episodio del estado de ánimo grave [depresivo o maníaco]), es importante saber cuándo finaliza el episodio afectivo y prosigue la psicosis. Segundo, para cumplir el criterio C, se combinan las duraciones de todos los episodios del estado de ánimo y se comparan con la duración total de la enfermedad.

Tratamiento

Los estabilizadores del estado de ánimo o eutimizantes son la base del tratamiento de los trastornos bipolares, y cabría esperar que desempeñaran una función esencial en el tratamiento de pacientes con trastorno esquizoafectivo. En un estudio se comparó el litio con la carbamazepina, y se observó que esta última era superior para tratar el trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, pero no se observó ninguna diferencia entre ambos fármacos para el tipo bipolar. Sin embargo, en la práctica, estos fármacos se emplean ampliamente en monoterapia, combinados o junto con un antipsicótico. En los episodios maníacos, los pacientes esquizoafectivos se tratan enérgicamente con dosis de un eutimizante en el intervalo medio a alto de la concentración terapéutica.

Trastorno esquizofreniforme

Los síntomas del trastorno esquizofreniforme son similares a los de la esquizofrenia, excepto en que duran al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. Por el contrario, para que un paciente cumpla los criterios diagnósticos de esquizofrenia, los síntomas deben haber estado presentes al menos durante 6 meses. Los pacientes con trastorno esquizofreniforme vuelven a su nivel funcional basal una vez resuelto el trastorno.

Diagnóstico y cuadro clínico

El perfil sintomático inicial es idéntico al de la esquizofrenia, con dos o más síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, discurso y conductas desorganizadas o síntomas negativos). Con frecuencia se observan síntomas schneiderianos de primer orden;

asimismo, se observa una probabilidad superior de desconcierto y confusión emocionales, cuya presencia puede indicar un buen pronóstico. Aunque pueden estar presentes los síntomas negativos, en el trastorno esquizofreniforme son relativamente infrecuentes y se consideran de mal pronóstico.

Tratamiento

Los síntomas psicóticos habitualmente pueden tratarse con un ciclo de antipsicóticos durante 3-6 meses. Un tratamiento de prueba con litio, carbamazepina o valproato puede estar justificado para el tratamiento y la profilaxis si un paciente presenta un episodio recurrente. Habitualmente se requiere psicoterapia para ayudar a los pacientes a integrar la experiencia psicótica en la comprensión de sus propias mentes y vidas. La TEC puede estar indicada en algunos pacientes, en especial los que presentan rasgos catatónicos o depresivos intensos.

Trastorno delirante

Los delirios son creencias falsas fijas, culturalmente discordantes. Se encuentran entre los síntomas psiquiátricos más interesantes por la enorme variedad de falsas creencias que pueden sostener personas distintas y porque son de tratamiento muy difícil. El diagnóstico de trastorno delirante se establece cuando un individuo presenta delirios no extravagantes de al menos 1 mes de duración que no pueden atribuirse a otros trastornos psiquiátricos. Los delirios deben corresponder a situaciones que pueden suceder en la vida real, como ser perseguido, estar infectado, ser amado en secreto.

Trastorno psicótico compartido

El trastorno se caracteriza por la transferencia de delirios de una persona a otra. Ambas personas están estrechamente relacionadas durante un tiempo y normalmente conviven en un aislamiento social relativo. En su forma más frecuente, el individuo que tiene primero el delirio (el caso primario) es el enfermo crónico y por regla general es el miembro influyente de la relación estrecha con una persona más sugestionable (el caso secundario), que también desarrolla el delirio. La persona del

caso secundario con frecuencia es menos inteligente, más ingenua, más pasiva o con menos autoestima que la del caso primario.

Tratamiento

Los antipsicóticos son el tratamiento de elección para el trastorno delirante.

Trastorno psicótico breve

Se define como un trastorno que implica el inicio súbito de síntomas psicóticos que duran 1 día o más, pero menos de 1 mes. La remisión es completa y el individuo retorna al nivel funcional premórbido. El trastorno psicótico breve es un síndrome psicótico agudo y transitorio.

Diagnostico

Probablemente sea adecuado un diagnóstico de trastorno psicótico breve para los síntomas psicóticos que duran al menos 1 día pero menos de 1 mes, y que no se asocian con un trastorno del estado de ánimo, un trastorno relacionado con sustancias o un trastorno psicótico causado por una afección médica general. Se describen tres subtipos: 1) la presencia de factores estresantes; 2) la ausencia de factores estresantes, y 3) el inicio durante el posparto.

Cuadro clínico

Los síntomas del trastorno psicótico breve siempre incluyen al menos un síntoma principal de psicosis, habitualmente de inicio repentino, pero que no siempre incluye el patrón sintomático completo observado en la esquizofrenia. Algunos médicos han observado que el estado de ánimo lábil, la confusión y la disminución de la atención pueden ser más habituales al inicio del trastorno psicótico breve que al inicio de los trastornos psicóticos que finalmente se cronifican. Los síntomas característicos del trastorno psicótico breve consisten en volatilidad emocional, conducta extraña o extravagante, gritos o mutismo y alteración de la memoria. Algunos de los síntomas sugieren un diagnóstico de delirium, y justifican la evaluación médica, especialmente para descartar reacciones adversas a sustancias.

Tratamiento

Un paciente psicótico agudo puede requerir una hospitalización breve tanto para su evaluación como para su protección.

Las dos principales clases de fármacos utilizadas en el tratamiento del trastorno psicótico breve son los antipsicóticos y las benzodiazepinas. En pacientes con alto riesgo de efectos adversos extrapiramidales, se administrará un antagonista serotoninérgico-dopaminérgico como profilaxis para los trastornos motores inducidos por la medicación. Psicoterapia.

Trastorno psicótico no especificado

Síntomas psicóticos (es decir, delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta sumamente desorganizada o catatónica) sobre los cuales se dispone de información inadecuada para establecer un diagnóstico específico o de información contradictoria, o un trastorno con síntomas psicóticos que no cumple los criterios de ningún trastorno psicótico específico.

Trastornos psicóticos debidos a una afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos

Catatonía

Síndrome clínico caracterizado por alteraciones sorprendentes del comportamiento que pueden incluir inmovilidad o excitación motoras, negativismo profundo, ecolalia (repetición del habla) o ecopraxia (repetición de movimientos).

Tratamiento

Hospitalización. Las benzodiazepinas pueden proporcionar una mejoría temporal de los síntomas, y su administración puede mejorar la capacidad del paciente para comunicarse y para cuidar de sí mismo. La TEC es adecuada en casos de catatonía debida a enfermedades generales, especialmente si la catatonía es potencialmente mortal.

Conclusión

La mayoría de los sujetos que presentan esquizofrenia suelen tener una nula conciencia de que presentan un trastorno psicótico (lo que se ha designado con el término anosognosia) y los datos que se tienen acerca de esta falta de conciencia, sugieren que no es una estrategia para hacer frente a la enfermedad, sino más bien una manifestación más de dicha enfermedad. Debido a esta anosognosia, el individuo está expuesto a un mal cumplimiento terapéutico y un mal seguimiento del tratamiento farmacológico.

También es frecuente que haya síntomas como la despersonalización o las preocupaciones somáticas que alcanzan en numerosas ocasiones proporciones delirantes. La ansiedad y las fobias son habituales en la esquizofrenia, al igual que las anormalidades motoras como posturas o manierismos raros, comportamientos rituales o estereotipados (repetitivos y sin sentido).

Bibliografía

Sinopsis de psiquiatría, Kaplan y Sadock, decimoprimer edición