

PSICOSIS

• INTRODUCCION

El desarrollo de la psiquiatría es paralelo al desarrollo del estudio de la "locura". El trastorno llamado esquizofrenia ha sido estudiado y descrito a lo largo de todas las culturas, considerando el conjunto enigmático de condiciones psicóticas que se observan en todo el mundo.

La psicosis es un trastorno mental mayor, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro de la capacidad de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse. El síndrome más característico y estudiado es la esquizofrenia que, en su cuadro clínico, como en la actualidad es concebido, comparte síntomas con otros trastornos mentales, lo que dificulta una definición exacta del trastorno.

En el presente trabajo se trató de dar un marco explicativo, general y al mismo tiempo exacto, de todos los fenómenos conceptualizados como psicóticos; sin embargo se hacen necesarias las siguientes aclaraciones:

1. En relación con la subclasificación de psicosis orgánicas y no orgánicas, en este trabajo, se consideraron esencialmente las llamadas psicosis no orgánicas, dado que las otras son objeto de investigación y tratamiento médico, neurológico y psiquiátrico primariamente y no corresponden a la injerencia de los profesionales de la psicología.
2. Muchas veces se toma como ejemplo de los trastornos psicóticos a la esquizofrenia, e incluso se hace equivalente en los apartados de la evolución del diagnóstico y en las teorías explicativas, debido a que es el trastorno psicótico "por excelencia" y reúne todos los síntomas activos que los otros trastornos psicóticos presentan parcialmente.
3. Aunque este es un trabajo hecho por y para estudiantes de psicología, tiene una orientación claramente psiquiátrica, debido a que este enfoque presenta una visión diagnóstica clara de los distintos fenómenos. Sin desmerecer el aporte de la psicología, se consideró que el análisis e integración de las distintas teorías explicativas y clínicas era materia de otra investigación.

• LA EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS.

Kraepelin y la demencia precoz.

Al examinar los aspectos del cuadro clínico de la fenomenología psicótica, los investigadores han resuelto sus interrogantes sobre la identificación y definición de los trastornos mentales.

Algunos de estos aspectos del cuadro llevaron a Kraepelin (1919) a denominar "demencia precoz" a la presencia de delirios y vacío afectivo en una temprana edad, lo que llevaba a deterioro. Diferenció la esquizofrenia de las "psicosis orgánicas", llamando a la demencia precoz como "psicosis funcional". Dentro de las psicosis funcionales distinguió demencia precoz de la psicosis maníaco depresiva, la cual presentaba un curso intermitente y síntomas afectivos claros. Hizo una descripción de los síntomas de la esquizofrenia, donde se incluía:

- a. Alteraciones del pensamiento:
 - Incoherencia
 - Pérdida asociativa
 - Creencias delirantes
- b. Alteraciones de la atención:
 - Distraibilidad por estímulos irrelevantes
- c. Alteraciones emocionales:
 - Deterioro de la expresión emocional
 - Embotamiento
- d. Negativismo
 - Reducción de la actividad voluntaria
 - Descuido de la responsabilidad
- e. Conductas estereotipadas
- f. Presencia de alucinaciones

La constatación de heterogeneidad de los pacientes llevó a Kraepelin a distinguir subtipos, dependiendo de los síntomas:

- a. Paranoide
- b. Catatónica
- c. Emocional
- d. Hebefrénica

Estos planteamientos fueron refutados, considerando que no siempre había un deterioro progresivo ni su comienzo era siempre precoz. Además, los subtipos eran mutuamente excluyentes, por lo que el diagnóstico se veía como poco fiable y sólo descriptivo.

Kraepelin evolucionó en sus conceptos, reconociendo que un 13% no degeneraba y que su comienzo no era precoz en todos los casos, pero nunca dejó de sostener que correspondía a una disfunción cerebral.

El grupo de las esquizofrenias.

Eugen Bleuler (1857- 1939) cambió la denominación de demencia precoz a la de "esquizofrenia". Él consideró más importante el estudio transversal de los síntomas, que su curso y desenlace. Recalcó que lo unificador de esta anomalía era la "*división o fragmentación del proceso del pensamiento*". (Squizo- frenia: fragmentación de la

capacidad mental). El resto de los síntomas eran de la misma importancia: aplanamiento afectivo, pensamiento distorsionado, abulia, ambivalencia. A estos síntomas los denominó "Síntomas fundamentales", mientras que a los delirios y alucinaciones los consideró "accesorios", ya que también podían aparecer en trastornos como la psicosis maníaca-depresiva.

Consideró que la esquizofrenia era un heterogéneo grupo de trastornos a los que se refirió como "el grupo de las esquizofrenias".

Luego aparecen trastornos que ampliaron las fronteras de la esquizofrenia, lo que llevó a la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) a formular el DSM I (1952), que facilitó la comunicación ente psiquiatras y le dio consistencia a los diagnósticos.

La influencia de la investigación.

Las críticas procedentes de la psiquiatría británica hacia la pobre fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos y el creciente interés por determinar la naturaleza, severidad y pronóstico de la esquizofrenia, condujeron al desarrollo de programas conjuntos de investigación entre distintos países. Se pusieron de manifiesto las grandes diferencias de diagnóstico entre los países, debido a diferencias teóricas y de concepto que sustentaban los diferentes sistemas diagnósticos. Se crearon instrumentos de diagnóstico estandarizados como el PSE (Present State Examination), que permitió disponer internacionalmente de una descripción estandarizada de síntomas y definiciones de trastornos.

Los síntomas bleuerianos no siempre se ajustaban a los requerimientos de las entrevistas estructuradas, por lo que el psiquiatra alemán Kurt Schneider eligió "síntomas de primer rango" y de "síntomas de segundo rango", cuya presencia conjunta asegura el diagnóstico de la esquizofrenia.

1. Síntomas de primer rango
 - Pensamiento sonoro
 - Voces que discuten
 - Experiencia de pasividad somática
 - Influencia, imposición y robo del pensamiento
 - Transmisión de pensamiento
 - Percepciones delirantes
 - Cualquier experiencia que implique voluntad, afectos e impulsos dirigidos
2. Síntomas de segundo rango
 - Otros trastornos de la percepción
 - Ideas delirantes súbitas
 - Perplejidad
 - Cambios depresivos o eufóricos
 - Sentimientos de empobrecimiento emocional

Mientras que Bleuler desestimó los síntomas psicóticos a favor de sus síntomas "fundamentales", Schneider consideró que los síntomas patológicos de la esquizofrenia eran los delirios y alucinaciones que Bleuler consideró como accesorios.

Un grupo de psiquiatras de la Universidad de Washington formularon criterios con requerimientos como la duración de los síntomas por al menos seis meses, con la presencia de alucinaciones y pensamiento delirante como hechos sobresalientes.

Los sistemas diagnósticos oficiales

Los criterios del DSM-III-R ofrecieron, en su momento, los sistemas más utilizados para el diagnóstico y clasificación del espectro de la esquizofrenia, en toda la comunidad internacional. Tanto clínicos como investigadores alcanzaron un nivel aceptable de la fiabilidad en el diagnóstico y comunicatividad de éste. Se estrechó el concepto de esquizofrenia, pues el criterio americano presente hasta los años '70 era más amplio que el europeo. Con este estrechamiento eliminó formas no psicóticas de esquizofrenia, por ello, manifestaciones psicopatológicas como la ambivalencia, el autismo y el embotamiento afectivo fueron desestimados, además se consideró que los trastornos afectivos pueden presentar características psicóticas, lo que requiere el diagnóstico diferencial que favorezca una intervención terapéutica adecuada.

Los criterios DSM-III y DSM-III-R siguen la línea fenomenológica. En el DSM-III tienen gran importancia los delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento. De los síntomas fundamentales bleulerianos solamente se incluye el afecto aplanado, no siendo los síntomas negativos suficientes para establecer el diagnóstico de esquizofrenia. Un segundo criterio introduce la noción kraepelienana de que el paciente debe mostrar algún tipo de deterioro en su nivel de funcionamiento. Un tercer criterio excluye a los pacientes que tienen un síndrome afectivo completo, descartando el trastorno esquizoafectivo. El cuarto criterio restringe el diagnóstico y excluye los episodios psicóticos breves por el requerimiento de la cronicidad, ya que algunos síntomas deben estar presentes, al menos, durante seis meses. Finalmente se excluye a los pacientes con algún tipo de factor orgánico, como la ingesta de drogas o la presencia de alguna lesión focal.

En el DSM-III-R se delimitaron, fundamentalmente, los límites entre la esquizofrenia y trastorno delirante y se consolidaron las propuestas para subdividir la esquizofrenia. Sin embargo, estas clasificaciones presentan debilidades:

- Aunque el DSM-III y DSM-III-R aportan descripciones breves y utilizan criterios útiles para definir esquizofrenia, sus afirmaciones sobre la misma pretenden ser comprensivas, siendo ésta, aún, un síndrome clínico que incluye aspectos patológicos desconocidos
- Los criterios del DSM-III y DSM-III-R dan poca importancia a la presencia de síntomas negativos o de déficit.
- Los trastornos psicóticos (parecidos a la esquizofrenia) que son excluidos del diagnóstico de ésta se realizan mediante sistemas de clasificación rudimentarios e

insatisfactorios; estos son: trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, psicosis atípica, psicosis reactiva breve.

- *Criterios del DSM-IV*

Las limitaciones percibidas en el DSM-III-R han motivado el desarrollo de nuevos sistemas de clasificación. Se han creado un conjunto nuevo de criterios más válidos y fiables que proporcionan una cobertura más completa de la sintomatología con énfasis en la duración de los síntomas más característicos de la esquizofrenia y a la simplificación de los criterios para aumentar la universalidad de los usuarios.

- **ETIOLOGIA**

1. *Hipótesis genética*

Existen muchas investigaciones que apoyan la hipótesis de que la esquizofrenia tendría una base genética. Los estudios con familias muestran que a mayor consanguinidad con un familiar enfermo, mayor la probabilidad de aparición de la enfermedad. En estudios con gemelos se ha encontrado una alta tasa de concordancia en monocigotos, en contraste con una baja tasa en dicigotos. También la concordancia aumenta en el caso de gemelos femeninos y en los casos de que el gemelo índice desarrolla la enfermedad con mayor gravedad.

2. *Hipótesis neurobiológicas*

La teoría etiológica más defendida en el pasado sostiene que la esquizofrenia se produce por un defecto estructural o funcional en algún sistema orgánico o en algún mecanismo bioquímico como la transmisión dopaminérgica, de las catecolaminas, de la serotonina, de la MAO entre otras.

Se destaca la hipótesis de la dopamina que plantea que la esquizofrenia se presenta relacionada con un aumento de la cantidad de dopamina existente en la sinapsis o con una hiperactividad de las vías dopamínicas. Esta idea se basó en la observación de que todos los fármacos antipsicóticos clínicamente efectivos aumentan los niveles de metabolismo de la dopamina, por lo que se pensó que podrían producir una elevación central de la actividad de la dopamina. Se bloquearían los receptores de dopamina producto del fármaco, además estos fármacos antipsicóticos permiten un almacenamiento de dopamina en los terminales nerviosos.

Otro factor que apoya la hipótesis de la dopamina es la prueba de que los agentes que aumentan las cantidades de catecolaminas en el cerebro aumentan los síntomas psicóticos. Tal es el caso de las anfetaminas que empeoran los síntomas de la esquizofrenia.

Por convincente que sea esta hipótesis, no se ha dilucidado todavía la naturaleza exacta del efecto subyacente del efecto de la dopamina. Muchos investigadores opinan que la hiperdopaminergia es sólo la expresión más evidente de otro defecto fisiopatológico

3. *Hipótesis estructurales*

Se refieren a alteraciones estructurales a nivel macroscópico, microscópico y ultraestructural. La base de estas hipótesis es que algunos pacientes esquizofrénicos tienen los ventrículos laterales del cerebro dilatados, mayor volumen de líquido cisternal, inversión de la simetría normal del cerebro o atrofia del vermis anterior del cerebro. Aún así, las pruebas de que los exámenes mediante tomografías revelen grandes cambios anatómicos en el cerebro de los pacientes, son altamente dudosas. Varios estudios han constatado una dilatación ventricular también en pacientes con trastornos afectivos bipolares.

4. *Hipótesis psicológicas*

I. Teoría psicoanalítica de la psicosis

Originalmente, Freud postuló que el inicio de la esquizofrenia significaba una retirada de la libido del mundo exterior. En su opinión, esta libido era después absorbida por el yo dando lugar a un estado de grandeza megalomaniaca, o bien era vuelta al mundo exterior en forma de delirios. El reciente interés clínico por la esquizofrenia se ha centrado en la intensa ambivalencia característica de los pacientes esquizofrénicos, su ansiedad de venganza persecutoria y los infantiles mecanismos del yo empleados en su relación con los objetos. La descompensación del paciente o estado de regresión está determinada por el fracaso de estos mecanismos. En el cuadro clínico de la esquizofrenia hay dos fases, la ruptura con la realidad y los intentos por restablecer los contactos con éstas.

La regresión esquizofrénica se precipita normalmente por una pérdida o frustración de las necesidades del objeto. El efecto de la pérdida resulta en la supremacía de los afectos negativos, dislocando el delicado equilibrio entre los componentes introyectivos de la organización del yo del paciente. Se produce así una pérdida del equilibrio entre los buenos introyectos positivos y los introyectos negativos que conforman la estructura del yo. La inundación con sentimientos negativos difusos y desneutralizadamente destructivos, requiere una regresión hasta el punto de una más profunda fijación en la que el paciente no es sólo una víctima potencial, sino que, además, actúa en pos de la autoconsolidación. A este nivel, la desorganización regresiva del paciente va unida a una desdiferenciación entre los límites del yo y el objeto. Sólo en esta posición puede el paciente obtener una descarga de la tensión interior. El camino de la regresión varía en función de si las pérdidas son agudas y arrolladoras o bien lentas y acumulativas, según la organización estructural del paciente.

Es cierto que el yo preesquizofrénico es débil en términos de desarrollo de mecanismos de defensa más maduros, pero, en el comienzo de la psicosis, los elementos de mecanismos más maduros ya establecidos pasan a unirse a esquemas de tipo más infantil. El comienzo agudo de la esquizofrenia se relaciona con un aumento de intensidad de la ansiedad paranoide, los sentimientos de omnipotencia del paciente y las intolerables ansiedades depresivas, todo lo cual ha sido desviado anteriormente por patrones de conducta del yo narcisista. Además, el paciente presenta de manera característica distorsión perceptiva, odio a sí mismo y confianza en patrones objetales infantiles y muy dependientes.

II. Concepto y teoría del doble vínculo

La teoría del doble vínculo fue descrita por primera vez por Beatson, Jackson, Haley y Weakland en 1956 (Watzlawick y otros, 1991).

Con un punto de vista totalmente radical, a diferencia de aquellas hipótesis según las cuales la esquizofrenia constituye primariamente un trastorno intrapsíquico, que afecta secundariamente las relaciones del paciente con las demás personas. Ellos se preguntaron qué consecuencias de la experiencia interpersonal provocarían una conducta capaz de justificar el diagnóstico de esquizofrenia.

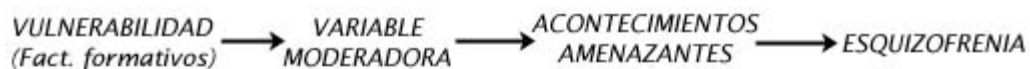
Esto llevó a identificar ciertas características esenciales de las interacciones del esquizofrenia con las personas que los rodean, por lo cual crearon el término de doble vínculo (Watzlawick y otros, 1991).

Watzlawick y otros (1991) definen el doble vínculo como una relación donde, en primer lugar, las personas que participan de ella, poseen un vínculo intenso y que posee un gran valor para la supervivencia física o psicológica. En segundo lugar, se da un mensaje que está estructurado de tal forma que afirma algo, afirma algo de su propia afirmación y ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes. Y por último, se impide que el receptor del mensaje se evada del marco de referencia establecido por el mensaje.

Un buen ejemplo de lo anterior sería la petición, de una señora a su marido, "se espontáneo". Esta resulta ser paradójica y crearía un doble vínculo.

III. Modelo de la vulnerabilidad

Uno de los modelos explicativos acerca del desencadenamiento de la esquizofrenia es el modelo adaptado de estrés - vulnerabilidad de Zubing y Spring, el que nos muestra en una serie consecutiva las distintas variables que inciden en el curso y desarrollo de la esquizofrenia, partiendo de la base de un factor primero o desencadenante, el que sería una experiencia traumática producida en el transcurso del parto y hasta la adolescencia. Esto generaría vulnerabilidad frente a la esquizofrenia que, aunque fuera asistida por una "variable moderadora" (personalidad, ambiente, etc.), si fuese afectada además por nuevos acontecimientos amenazantes que requieran un nuevo ajuste en la rutina del sujeto, desencadenarían el brote de la enfermedad.



Complicaciones producidas durante el parto.

Pérdida temprana de uno de los padres.

Atmósfera familiar desajustada.

Red Social

Personalidad

Factores ecológicos

Producen pérdidas.

Son nuevos.

Son inesperados.

Son incontrolables.

Requieren un reajuste en la rutina diaria.

- **TRASTORNOS PSICÓTICOS**

Históricamente, la denominación de "psicótico" ha sido dada a diversos síndromes, pero nunca se ha llegado a un consenso universalmente aceptado.

Una de las definiciones más restrictivas de este fenómeno se refiere a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones manifiestas en ausencia de conciencia; otras también incluyen las alucinaciones manifiestas en forma de experiencias alucinatorias y otras consideran otros síntomas positivos de la esquizofrenia como el lenguaje y comportamiento desorganizado o catatónico.

Las definiciones anteriores, como por ejemplo el DSM II y el CIE-9, eran demasiado amplias y llamaban psicótico a todo trastorno que llevara consigo un deterioro que interfiriera en gran medida con la capacidad de responder a las demandas cotidianas de la vida.

El juicio de realidad puede verse comprometido en forma sintomática o en forma estructural y permanente, afectando la funcionalidad yoica. El yo del sujeto determina patológicamente las dimensiones que lo constituyen, quedando fijado o a dependencias simbióticas, independencias paranoicas, evitaciones autísticas o ambivalencias catatónicas. Su vínculo con la realidad está distorsionado, afectando el pensamiento (ideas delirantes primarias). Cuando el yo presenta un trastorno del juicio de realidad con tales características, se habla de disfuncionalidad yoica psicótica.

Lo más aceptado es denominar como psicosis a la pérdida de fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

Dentro de los trastornos considerados psicóticos se describen:

- La esquizofrenia: como una alteración persistente por al menos 6 meses que incluye como mínimo un mes de síntomas activos que incluyen ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, junto a otros síntomas negativos.
- El trastorno esquizofreniforme, caracterizado por una presentación de síntomas equivalentes a la esquizofrenia pero con una duración menor y la posibilidad de no presentar deterioro funcional.
- El trastorno esquizoafectivo, como una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, teniendo contiguidad temporal con dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.
- El trastorno delirante, caracterizado por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas, en ausencia de otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.
- El trastorno psicótico breve, alteración psicótica que dura más de un día, remitiendo antes de un mes.
- El trastorno psicótico compartido, desarrollada en un sujeto influenciado por alguien que presenta una idea delirante similar.

- El trastorno psicótico debido a enfermedad médica, en el que se considera que los síntomas psicóticos son consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
 - El trastorno psicótico inducido por sustancias, en el que se considera que los síntomas psicóticos son consecuencia fisiológica de una droga de abuso, medicación o exposición a un tóxico.
 - El trastorno psicótico no especificado, que incluyen las manifestaciones psicóticas que no cumplen los criterios suficientes para otro trastorno o presentan información insuficiente o contradictoria.
- **CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS SEGÚN DSM IV**

Esquizofrenia

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas, tanto positivos como negativos, que ha estado presentes durante el período de un mes con síntomas del trastorno por al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una importante disfunción social o laboral, e implican varias disfunciones cognoscitivas y emocionales que abarcan la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y del habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma es patognomónico de la esquizofrenia: su diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral y social.

Sus síntomas pueden dividirse en dos categorías, los positivos y los negativos. Los síntomas positivos se refieren a un exceso o distorsión de las funciones normales y en la esquizofrenia se refieren a distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (desorganizada o catatónica). Los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales y comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

El contenido de las ideas delirantes puede ser de variada índole, pero los más frecuentes son las ideas de persecución y autorreferenciales. También se dividen en ideas delirantes extrañas, o sea, que significan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo (robo o inserción del pensamiento u órganos internos) y no extrañas (ser vigilado por la policía).

Las alucinaciones pueden ocurrir a nivel de cualquier circuito sensorial, pero las auditivas son las más habituales y características. Las alucinaciones auditivas comúnmente se refieren a voces, conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los propios pensamientos.

El pensamiento desorganizado es considerado por algunos como la característica esencial de la esquizofrenia. El lenguaje, como medio de expresión del pensamiento, puede sufrir diversas formas de desorganización: el sujeto puede sufrir de pérdida de las asociaciones, tangencialidad e incluso incoherencia o ensalada de palabras.

El comportamiento desorganizado puede manifestarse en varias formas, desde tonterías pueriles hasta la agitación impredecible. Se observan problemas en cualquier forma de conducta que esté dirigida hacia un fin, ocasionando problemas en el desempeño cotidiano del paciente. Debe de cuidarse el distinguir este comportamiento del carente de sentido, sin propósito concreto o el organizado en relación a las ideas delirantes.

Los síntomas catatónicos pueden alcanzar rangos extremos como el estupor o la rigidez catatónica, aunque siempre hay que recordar que estos síntomas no son exclusivos y pueden ocurrir en otros trastornos psiquiátricos.

El aplanamiento afectivo se caracteriza por la inamovilidad y falta de respuesta facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje gestual. La alogia se expresa en las réplicas breves y vacías, descenso de la fluidez y la productividad del habla. La abulia está caracterizada por la incapacidad para iniciar y persistir acciones dirigidas hacia una meta.

Quien padece de esquizofrenia puede presentar afecto inapropiado, anhedonia, humor disfórico, alteraciones del patrón del sueño, alteraciones de la actividad psicomotora, disfunción cognoscitiva, falta de conciencia, despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas.

Los sujetos con esquizofrenia son algunas veces físicamente torpes y pueden presentar confusión derecha-izquierda, coordinación pobre o movimientos en espejo. Una de las anormalidades más características son las motoras, las que pueden estar causadas por los neurolépticos o bien ser espontáneas.

Siempre deben tenerse en cuenta las diferencias culturales, porque unas ideas que son delirantes en una cultura pueden ser completamente normales en otra; al mismo tiempo, el estilo narrativo de diferentes culturas afecta la presentación verbal y puede afectar la apreciación del examinador.

El comienzo de la esquizofrenia ocurre generalmente entre los fines de los veinte años y la mitad de los cuarenta, siendo muy raro el surgimiento antes de la adolescencia. En los niños las ideas delirantes pueden ser menos elaboradas y las alucinaciones visuales más habituales; los casos de esquizofrenia de inicio tardío tienden a ser similares excepto por una mayor incidencia en las mujeres, una mejor historia de trabajo y mayor frecuencia en los casados. Las mujeres están más propensas a presentar un inicio tardío, síntomas afectivos más salientes y mejor pronóstico.

Las tasas de prevalencia son iguales en todo el mundo y se estiman entre el 0,5 y el 1 %. Debido a que es una enfermedad generalmente crónica, su incidencia es mucho menor, correspondiendo a 1/10.000 al año. La edad promedio de inicio del primer episodio de esta

enfermedad es a mitad de los treinta años en los hombres y a final de los treinta en las mujeres.

El inicio puede ser fuerte y brusco, aunque la mayoría presenta síntomas prodrómicos dados por el desarrollo lento de los síntomas y signos característicos. En el comienzo de la enfermedad pueden ser acusados los síntomas negativos, apareciendo después los positivos.

Mediante varios estudios se ha logrado establecer un conjunto de factores que se asocian a un mejor pronóstico, por ejemplo: el buen ajuste premórbido, el inicio agudo, la edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, alteraciones asociadas del estado de ánimo, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento interepisódico, síntomas residuales mínimos, ausencia de anormalidades estructurales, funciones neurológicas normales, historia familiar de trastornos del estado de ánimo y ausencia de ésta para la esquizofrenia.

Los familiares de primer grado de los sujetos con esquizofrenia presentan un riesgo diez veces mayor de contraerla en relación con la población general. A pesar que hay numerosas evidencias que apoyan la sustancialidad de los factores genéticos en el desarrollo de esquizofrenia, no es posible aceptarla categóricamente debido a la discordancia en la incidencia de los gemelos monocigóticos, que indica que también hay una relativa importancia de los factores ambientales.

Subtipos de esquizofrenia

Los subtipos de esquizofrenia se definen por la sintomatología predominante en el momento del diagnóstico, dentro de los que el tipo paranoide y desorganizado se constituyen en las clasificaciones de menor y mayor gravedad, respectivamente.

Es frecuente que haya expresiones de más de un subtipo de esquizofrenia, en ese caso, se asigna la clasificación clínica según la presencia de los síntomas más característicos y predominantes dentro del cuadro:

- Tipo paranoide: se determina por la presencia de ideas delirantes claras o alucinaciones auditivas, dentro de una relativa conservación de la capacidad cognoscitiva y afectiva.
- Tipo desorganizado: la característica principal es el lenguaje y comportamiento desorganizado dentro de una base de aplanamiento afectivo o afectividad inapropiada.
- Tipo catatónico: su característica principal es la marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia y ecopraxia.
- Tipo indiferenciado: que cumple todos los criterios necesarios en relación a los síntomas característicos de la esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para ningún subtipo específico.
- Tipo residual: cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero el cuadro actual no evidencia la presencia de síntomas psicóticos positivos.

Trastorno esquizofreniforme

Las principales características del trastorno esquizofreniforme son las mismas de la esquizofrenia, sin embargo, presenta dos diferencias sustanciales: la duración total de la enfermedad es de al menos un mes, pero siempre menos de 6 meses y no se requiere que exista deterioro en la actividad laboral y social. El diagnóstico se establece de dos maneras; de la primera, se aplica el diagnóstico sin ninguna otra especificación si el sujeto ya está recuperado y de la otra forma, debe calificarse de provisional, si es que el sujeto todavía presenta síntomas y no se está seguro de que vaya a recuperarse dentro de los seis meses (si no lo hace debe cambiarse el diagnóstico a esquizofrenia).

Los síntomas asociados y dependientes de cultura, edad y sexo son similares a los descritos para la esquizofrenia.

Los estudios dentro de la comunidad han indicado una prevalencia de vida de alrededor del 0,2% y una prevalencia de año del 0,1%. Aproximadamente un tercio se recupera dentro de los seis meses necesarios para mantener el diagnóstico y los dos tercios restantes evolucionan hacia el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Trastorno esquizoafectivo

Su característica esencial es un período continuo de enfermedad durante la que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto en forma simultánea con todos los síntomas positivos diferenciales de esquizofrenia. Para algunos sujetos este "período de enfermedad" puede prolongarse durante años e incluso décadas, considerándose como terminado el período cuando el sujeto se ha recuperado completamente durante un intervalo importante de tiempo y no muestra ninguno de los síntomas significativos del trastorno.

Los síntomas del trastorno esquizoafectivo pueden presentarse de acuerdo a varios criterios temporales, pero lo determinante es que los síntomas afectivos acompañen durante una porción sustancial del período completo de la enfermedad (pues si no es así, el diagnóstico corresponde a esquizofrenia).

Asociados a este trastorno puede haber actividad laboral pobre, retraimiento social acusado, dificultades en el autocuidado y aumento del riesgo de suicidio. Puede ir precedido por un trastorno esquizoide, esquizotípico, límite o paranoide de la personalidad.

La edad típica de comienzo de la enfermedad es el inicio de la edad adulta, aunque puede aparecer en cualquier momento desde la adolescencia hasta etapas avanzadas de la vida.

Subtipos de trastorno esquizoafectivo

- Tipo bipolar: cuando las manifestaciones afectivas corresponden al menos en algún episodio maníaco o mixto, en el también puede presentarse episodios depresivos. Tiene, en general, una mejor evolución.
- Tipo depresivo: cuando forman parte del cuadro sólo episodios depresivos mayores.

Trastorno delirante

Su característica principal es la presencia de una o más ideas delirantes que se mantienen por al menos un mes, si el sujeto no ha presentado los síntomas suficientes para configurar un cuadro esquizofrénico. Si hay alucinaciones visuales o auditivas no son determinantes, existiendo alucinaciones táctiles u olfatorias en relación al tema delirante.

Excepto por las ideas delirantes, la actividad psicosocial no está significativamente alterada y el comportamiento del paciente no es particularmente extraño. Dentro de este síndrome, es definitivamente más probable que se deteriore la actividad social y conyugal que la intelectual y laboral. Muchos de los sujetos con trastornos delirantes desarrollan un estado de ánimo irritable o disfórico, que puede interpretarse como reacción a sus ideas delirantes.

Este trastorno puede asociarse al trastorno obsesivo-compulsivo, al trastorno dismórfico y a los trastornos paranoide, esquizoide o por evitación de la personalidad. Es relativamente raro y los estudios le asignan un porcentaje del 1 al 2 % de los trastornos psiquiátricos, estimando una prevalencia dentro de la población del 0,03 %. Algunos estudios indican que es más frecuente en familiares de sujetos con esquizofrenia y trastorno delirante.

La edad de inicio del trastorno es generalmente a mediados de la edad adulta, pero puede aparecer a edad más temprana.

Subtipos de trastorno delirante

- Tipo erotomaniaco: cuando el tema central es que otra persona está enamorada del sujeto, referido a un amor romántico idealizado y espiritual más que a una atracción sexual. Generalmente el objeto de la idea delirante es una persona de mayor estatus.
- Tipo de grandiosidad: cuando el tema central es la convicción de tener un talento o intuición extraordinario, o haber hecho un descubrimiento (aunque no sea reconocido). Pueden tener contenido religioso o de relación con un personaje importante.
- Tipo celotípico: cuando el tema de la idea delirante es que la pareja es infiel. Puede aparecer sin ningún motivo, basado en deducciones equivocadas y desencadenar acciones congruentes con esta creencia.

- Tipo persecutorio: se refiere a la creencia que el sujeto está siendo objeto de una conspiración, engaño, espionaje, seguimiento, envenenamiento, calumnias o obstaculización de las propias metas a largo plazo. Puede conducir a la tentativa de remediar esta injusticia por medio de acciones legales.
- Tipo somático: cuando el tema central se refiere a sensaciones o funciones corporales; las más habituales son la convicción de emisión de olores desagradables, malformaciones de partes del cuerpo, infestación por insectos y el no funcionamiento de partes del cuerpo.
- Tipo mixto: cuando no predomina ninguna idea en particular.
- Tipo no especificado: cuando la creencia no puede ser determinada con claridad o no está descrita en los tipos específicos.

Trastorno psicótico breve

La característica esencial es una alteración que comporta el inicio súbito de, al menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Un episodio dura generalmente un mes, después del cual el sujeto recupera totalmente el nivel de actividad premórbido.

Es típico que experimenten gran desorden emocional o confusión, con rápidas oscilaciones de los estados afectivos. Puede haber un riesgo de mortalidad aumentado, por lo que algunas veces necesitan estar a cargo de otra persona.

Es muy poco frecuente su aparición y cuando ocurre, generalmente, se produce en la adolescencia o el principio de la edad adulta.

Tipos de trastorno psicótico breve

- Con desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a acontecimientos estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas.
- Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no parecen ser respuesta a los acontecimientos claramente estresantes.
- De inicio en el parto: si ocurre dentro de las cuatro primeras semanas después del parto.

Trastorno psicótico compartido (folie à deux)

La característica esencial consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otro que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes ("inductor" o "caso primario"). El sujeto pasa a compartir las creencias delirantes del caso primario en parte o en su totalidad, por lo tanto, su contenido dependerá del caso primario y puede incluir creencias extrañas. Normalmente, el caso primario es el dominante en la relación y gradualmente impone el sistema delirante a la segunda persona que tradicionalmente es más pasiva e inicialmente sana.

Es raro que los afectados por este trastorno busquen ayuda y se evidencian cuando se trata el caso primario. No suelen darse otros síntomas extraños o inhabituales en el comportamiento.

No se sabe mucho de la prevalencia o el curso de esta enfermedad, puesto que la gran mayoría de los casos pasan inadvertidos.

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

Las características esenciales de esta enfermedad son las alucinaciones e ideas delirantes que se consideran como debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Es necesario establecer ciertamente que el episodio está etiológicamente relacionado con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico, por medio de consideraciones como la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la del trastorno psicótico, o la presencia de síntomas atípicos del trastorno psicótico

Las alucinaciones pueden ser de cualquier modalidad sensorial, pero es probable que los factores etiológicos determinen su naturaleza.

Son varias las enfermedades que pueden inducir el trastorno, entre ellas se cuentan las de tipo neurológico, endocrinas, metabólicas, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, enfermedades hepáticas o renales y trastornos autoinmunes con incidencia en el sistema nervioso central; sin embargo, las que más se asocian a la aparición de las ideas delirantes son las que afectan a los lóbulos temporales y estructuras subcorticales.

Tipos de trastornos psicóticos debido a enfermedad médica

- Con ideas delirantes
- Con alucinaciones

Trastorno psicótico inducido por sustancias

La característica principal es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos del consumo de sustancias. No se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto está conciente de que son provocadas por las sustancias.

Una vez iniciados, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras se continúe el consumo de sustancias. Pueden darse a través del consumo de alcohol, alucinógenos, amfetaminas y sustancias de acción similar; Cannabis, cocaína, fenilciclidina y similares; inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos.

Tipos de trastorno psicótico inducido por sustancias

- Con ideas delirantes
- Con alucinaciones
- De inicio durante la intoxicación
- De inicio durante la abstinencia

Trastorno psicótico no especificado

Incluyen la sintomatología psicótica sobre la que no se dispone de información adecuada, de la cual hay información contradictoria o síntomas que no cumplen los criterios para alguno de los criterios específicos.

• **REFERENCIAS**

- Asociación Psiquiátrica Americana de Washington (APA) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología, Volumen 2*. Madrid: McGraw-Hill.
- Capponi, R. (1992). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universitaria.
- Kaplan, H.; Sadock, B. (1987). *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

ASIGNATURA: Neurosiquiatría del Adulto

DOCENTE: Dr. Gian Pallini

PERÍODO: I Semestre de 1998

ALUMNOS: [Tatiana Canales](#), Barbara Garrido, [Eduardo Hetz](#) y [Patricio Ramírez](#).