



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS: SEMIOLOGÍA,
NOSOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

JÉRVEZ PUENTE GEMA MARIA

MACHALA
2016



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA


SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS:
SEMIOLOGÍA, NOSOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

JÉRVEZ PUENTE GEMA MARIA

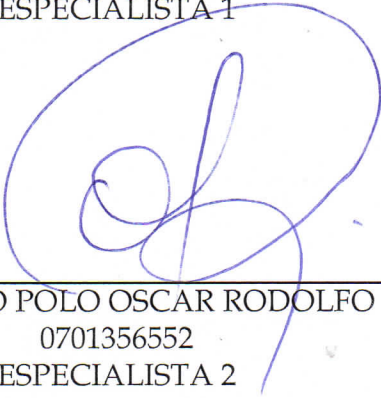
MACHALA
2016

Nota de aceptación:

Quienes suscriben PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER, SERRANO POLO OSCAR RODOLFO y CARRION MACAS MARLON ESTUARDO, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS: SEMIOLOGÍA, NOSOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER
0702794868
ESPECIALISTA 1



SERRANO POLO OSCAR RODOLFO
0701356552
ESPECIALISTA 2



CARRION MACAS MARLON ESTUARDO
0703253039
ESPECIALISTA 3

Machala, 22 de septiembre de 2016

Urkund Analysis Result

Analysed Document: JERVEZ PUENTE GEMA MARIA.docx (D21169202)
Submitted: 2016-07-22 21:24:00
Submitted By: gemajervez87@gmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

ESQUIZOFRENIA.docx (D12059143)

Instances where selected sources appear:

3

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, JÉRVEZ PUENTE GEMA MARIA, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS: SEMIOLOGÍA, NOSOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que él asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 22 de septiembre de 2016


JÉRVEZ PUENTE GEMA MARIA
0704789973



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS:
SEMIOLOGÍA,
NOSOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA**

JÉRVEZ PUENTE GEMA MARÍA

MACHALA 2016



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA


**SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS:
SEMIOLOGÍA,
NOSOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA**

JÉRVEZ PUENTE GEMA MARÍA

MACHALA 2016

Nota de aceptación:

Quienes suscriben PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER, SERRANO POLO OSCAR RODOLFO y CARRION MACAS MARLON ESTUARDO, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS: SEMIOLOGÍA, NOSOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER
0702794868
ESPECIALISTA 1



SERRANO POLO OSCAR RODOLFO
0701356552
ESPECIALISTA 2



CARRION MACAS MARLON ESTUARDO
0703253039
ESPECIALISTA 3

Machala, 22 de septiembre de 2016

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, JÉRVEZ PUENTE GEMA MARIA, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS: SEMIOLOGÍA, NOSOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que él asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 22 de septiembre de 2016


JÉRVEZ PUENTE GEMA MARIA
0704789973

RESUMEN

Autora: Gema María Jérvéz Puente

C.I: 0704789973

Gemajervez87@gmail.com

El objetivo de esta investigación se centra en los trastornos del espectro psicótico, la estructuración de la personalidad a partir del psicoanálisis como teoría de apoyo que explica mediante el Complejo de Edipo, que al no establecerse el significativo de la Función del Padre, impide que se reprima el deseo hacia la madre provocando que se desencadene la psicosis y como resultado de esto se verán afectadas todas las áreas funcionales del sujeto con un pronóstico poco favorable. Utilizando el método analítico se estudia síntomas psicopatológicos y su relación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; con la revisión de artículos científicos, textos y manuales de psicopatología y psiquiatría como el DSM V y el CIE 10 se identifican las manifestaciones claves que los caracterizan, la función psíquica alterada y su etiopatogenia, conceptualizando cada una de ellas, simplificará la tarea de identificar y clasificar este tipo de alteraciones y comprender su diagnóstico. El interés y los avances en el campo de la salud mental sobre este tipo de patología han sido muchos pero se requiere de más estudios científicos para tratar de una manera más efectiva este tipo de trastornos, principalmente en la medición de la intensidad del síntoma y el factor que lo origina. Partiendo de entrevistas previas y de conceptos básicos, el psicólogo clínico podrá manejar eficazmente las diferencias de las estructuras al tratar con un sujeto psicótico, partiendo con un diagnóstico presuntivo y con ayuda del diferencial el profesional podrá llegar a un diagnóstico definitivo.

Palabras claves: Síntoma, psicosis, delirio, alucinación, diagnóstico.

SUMMARY

Author: Gema Maria Jévez Puente

C.I.: 0704789973

Gemajervez87@gmail.com

The objective of this research focuses on disorders of the psychotic spectrum, the structure of personality from psychoanalysis as theory support explained by the Oedipus complex, that the signifier of the father's role not be established, prevents represses the desire for the mother causing psychosis is triggered and as a result all the functional areas of the subject with a poor prognosis will be affected. Using the analytical method and psychopathological symptoms associated with schizophrenia and other psychotic disorders is studied; the review of scientific articles, textbooks and manuals of psychopathology and psychiatry as the DSM V and ICD 10 key events that characterize identified, psychic altered function and its pathogenesis, conceptualizing each, will simplify the task of identifying and classify these types of alterations and understand their diagnosis. Interest and advances in the field of mental health on this pathology have been many but requires more scientific studies to try to more effectively these disorders, mainly in measuring the intensity of the symptom and the factor that originates. Based on preliminary interviews and basic concepts, clinical psychologist can effectively handle differences of structures in dealing with a psychotic subject, starting with a presumptive diagnosis and differential professional help may reach a definitive diagnosis.

Keywords: Symptom, psychosis, delirium, hallucination, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La primera referencia a la psicosis se realizó en 1845 como sinónimo de locura, Kraepelin utilizó el término “demencia precoz”. En 1911, Bleuler llamaría a este grupo de enfermedades esquizofrenia (Llovera, Ramos, & Ballesteros, 2015). En sus inicios la psicosis podía ser accedida únicamente a través de la neuropatología, por medio de la psiquiatría, con bases orgánicas, pero debido a los desarrollos fisiopatológicos y aportes biopsicosociales contribuidos por las neurociencias, se ha ampliado el concepto de los trastornos psicóticos, su clasificación, semiología y origen, involucrando el ámbito cognitivo y sociocultural del individuo que tiene como resultado el deterioro de la realidad que afecta alrededor de 21 millones de personas en el mundo.

Empezando por la conformación de la personalidad desde el complejo de Edipo, el psicoanálisis estudia la formación de la estructura del sujeto, con una postura crítica frente al síntoma y a la realidad subjetiva, para adaptarlo a las problemáticas particulares que se presentan la psicosis. Este trabajo tiene como propósito identificar síntomas de los trastornos del espectro psicótico, las características claves que lo definen, su nosología y etiopatogenia. Se considera como prioritaria la identificación de los elementos o fenómenos de mayor representatividad dentro de la denominada psicosis y su posible abordaje en el mismo.

Conocer la forma de enfrentar esta gama o progresión de determinados casos que resultan complejos de analizar en individuos que presentan estas distorsiones en las funciones psíquicas, sin embargo mediante manuales diagnósticos y otras fuentes bibliográficas, se simplifica la tarea de reconocer y clasificar este tipo de alteraciones para comprender y llegar al diagnóstico. Por consiguiente, al ubicar un diagnóstico diferencial, partiendo de entrevistas preliminares y de conceptos básicos, el psicólogo clínico puede tratar este tipo de patologías.

ESTUDIO DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Desde el punto de vista psicoanalítico, mediante el complejo de Edipo se detalla la estructuración psíquica del sujeto, debido a la posición ambivalente que el niño siente hacia el padre y una relación simbiótica con la madre.

Para Freud (1913 - 1914) la autoridad del padre es instaurada en el yo, dándose así la formación del súper yo, generando la angustia de castración ocasionado así la renuncia de sus deseos incestuosos, llevándolo a desistir del objeto amoroso. De esta manera la función del padre es instaurar la ley evitando que lo vea como rival y ocupe su lugar o desee reemplazar a la madre y dar por terminada dicha relación.

Continuando en esta misma línea Morales & Gerber (1998) sostienen que la función del padre no se le atribuye únicamente a un ser de carne y hueso, sino que su representación abarca mucho más, es una figura ideal, simbólica que representa la función normativa. De esta manera se puede decir que la función del padre ajusta al sujeto a la sociedad haciendo que se adapte a lo moralmente aceptado.

Dicho lo anterior se toma de referencia a Lozano (2014) quien sostiene que el desencadenante de la psicosis es el no establecimiento del significante de la Función del Padre, la falta de este significante no admite la inserción del sujeto psicótico en la sociedad. Es decir al fracasar el establecimiento del significante no se reprime el deseo hacia la madre, haciendo que este prevalezca, causando un disfrute ilimitado producto de la no regulación del significante.

En la conceptualización de psicosis se encuentra muchas definiciones que lo diferencian de una manera u otra, y muy seguido son vinculados con otros trastornos (Cachón-Pérez & Palacios-Cena, 2013). En varias investigaciones a la psicosis se lo refiere con diversos conceptos y una variedad de síntomas que pueden ser confundidos, pudiéndose presentar en muchos cuadros diagnósticos.

En la psicosis, los delirios y las alucinaciones son muy comunes y consistentes en la inadaptación personal (Anaya, 2010). Los síntomas psicopatológicos se toman en cuenta las alarmas delirantes y alucinatorias del individuo que son muy repetitivas y consistentes que no permite que la persona pueda adaptarse a su vida cotidiana.

Cuando se refiere a un sujeto psicótico, se toma en cuenta la pérdida de conciencia, por lo cual no tiene una buena percepción de la realidad (Sarason, 2006). Para un individuo la percepción de la realidad es lo que ayuda a la estabilidad y le permite tomar decisiones, pero para un psicótico las percepciones incorrectas de la realidad hacen que el paciente considere que su pensamiento es real y a esto en tiempos remotos le llamaban demencia o locura.

Los síntomas psicóticos tienen una gran pertinencia en la psicopatología tanto por sus características denominadas positivas, negativas, cognitivas, desorganizadas y afectivas (Fonseca, Inchaustin, Ortuño, Gutierrez, Gooding, & Paino, 2015). En la sintomatología para determinar a la psicosis, son los delirios y alucinaciones que producen reacciones negativas, que son expresados mediante un comportamiento y lenguaje desordenado.

En la actualidad para conceptualizar a la psicosis se lo refiere como un término omnipresente que se puede presentar en algunas categorías diagnósticas y se lo percibe en diversos cuadros de gravedad (Szerman, 2015). Al referirse a psicosis en psicopatología se determina diversas dimensiones tanto por las características diagnósticas que pueden ser vinculados a algunos trastornos.

En la psicosis las funciones psíquicas alteradas más comunes son la percepción y el pensamiento (American Psychiatric Association, 2014). La percepción que involucra alucinaciones visuales y auditivas siendo esta última la más común y en el pensamiento se lo toma como síntoma al delirio, siendo estas las conceptualizaciones irracionales que tiene individuo.

Las funciones ejecutivas y funciones psíquicas de acuerdo con Pérez & Moreira (2014) son destrezas cognitivas orientadas hacia la realización de metas propuestas, seguimiento y planificación de tareas. Por lo tanto para efectuar dichas acciones compromete procesos cognitivos.

Las funciones psíquicas superiores se adquieren y crecen del resultado de la interacción del sujeto con el medio, esto ocurre cuando interioriza los estímulos externos siendo capaz de generar sus propias ideas, permitiéndole el control voluntario y regulación de su comportamiento.

Entre las características de los trastornos psicóticos tenemos a los síntomas positivos, en la dimensión psicótica encontramos a las alucinaciones, que son percepciones que se presenta como una sensación de la realidad pero sin la participación de ninguna excitación del exterior y puede constituirse como una alucinación de gran escala (García-Ptacek, Azorín, Salmador, Cuadrado, & Porta-Etessam, 2013). En la psicosis la percepción como una de las funciones psíquicas alteradas, juega un papel muy importante constituyéndose de alucinaciones visuales y auditivas, que pueden ser de menor a mayor escala, siendo éstas las que usamos en esta revisión.

Lacan como se citó en (Evans, 2007) define a las alucinaciones como percepciones falsas, es decir percepciones que se producen en ausencia del estímulo externo adecuado. Las percepciones no están sujeto al control voluntario del paciente, aun habiendo pruebas en su contra y son mantenidas con mucha firmeza, las alucinaciones no necesitan permiso del individuo, aparecen de manera espontánea e incontrolada en ausencia de un estímulo y estas percepciones falsas actuarán en contra.

Otra característica es el delirio o alteración del pensamiento que provoca ideas sin fundamento, irreales en cualquier entorno, se refiere como un síntoma del espectro psicótico que puede ser partícipe de otros trastornos (Velilla, 2016). En las alteraciones del pensamiento se encuentran el delirio, que son la formulación espontánea de ideas irracionales, y al igual que las alucinaciones, aparecen de manera incontrolada. Según Vallejo (2002) en los delirios místicos el paciente siente que es elegido por un ser supremo para cumplir mandatos o que está arraigado a una figura religiosa, que a su vez asume poderes y responsabilidades otorgadas por dicho ser. El individuo se siente privilegiado con capacidades especiales, al ser elegido por un ser sobrenatural y cumplir funciones especiales como salvar el mundo.

En los delirios persecutorios el paciente tiene la creencia de que va a ser víctima de acoso y perjudicado por una o varias personas (American Psychiatric Association , 2014). El

paciente no sólo se siente amenazado a si mismo si no también a su familia por personas de su entorno o entidades públicas sintiéndose observado siendo afectado a nivel psíquico y moral por difamación.

Al referirse al delirio por inserción de pensamientos, esto expresa que el individuo que padece de este síntoma expresa que alguien más inserto en su psiquis un pensamiento que no es de él (López-Silva, 2014). El individuo manifiesta que se han introducido pensamientos ajenos a él y niega su participación en dicho pensamiento delirante y esto le causa frustración.

En la dimensión de desorganización encontramos al comportamiento desorganizado como otra característica, para el American Psychiatric Association (2014) describe a este comportamiento como impredecible e infantiloides, con ausencia de respuestas verbales o motoras. Este tipo de comportamiento es significativo para el diagnóstico de la esquizofrenia, dificulta el desenvolvimiento de la vida cotidiana, no se pueden realizar tareas simples, se expresa a través de gestos y aspecto desalineado.

Comportamiento motor muy desorganizado anómalo (incluida la catatonía) el paciente presenta problemas para llevar a cabo un comportamiento con una finalidad específica y mucha dificultad para realizar las tareas cotidianas (American Psychiatric Association, 2014). Se evidencia problemas para cumplir objetivos resistencia de llevar a cabo las actividades e instrucciones demostrando rigidez.

Los síntomas negativos de la psicosis se determina como un descenso o inexistencia de las funciones psíquicas tomando en cuenta la afectividad en menor intensidad representada y la presencia de abulia (Vigil, Orellana, García, & Correa, 2015).en este apartado la existencia de sistemas negativos afecta a la interacción cotidiana del sujeto y desciende la afectividad convirtiéndose en una persona rígida y sin motivación

La etiopatogenia de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos es incierta, pero existen varios elementos que contribuyen en su desarrollo mediante estudios que revelan que posee una causa hereditaria asociado a alteraciones genéticas, y factores ambientales (N. Freund Lloveraa, 2015). Las influencias biológica como factores hereditarios, bioquímicos, neurofisiológicos e infecciosos no son los únicos desencadenantes, existe gran importancia

en el aspecto psicológico y social sobre todo sucesos de la infancia que dejan una huella mnémica relevante.

Su aparición depende de factores que afectan el genotipo y el fenotipo, admitiendo una predisposición genética que coincidan con una vulnerabilidad al estrés, y el mecanismo de defensa que adquiere el niño en su primera infancia, con relación al entrono (Lozano J. A., 2002). Es decir que su origen no tiene un factor único, debe existir un predisponente genético y presentarse acontecimientos estresantes, entonces cuando el individuo no ha alcanzado una buena relación con las personas más cercanas, no podrá modular de manera adecuada los estímulos externos, los mecanismo de apoyo tratan de equilibrar o disminuir el estresor, pero cuando el acontecimiento sobrepasa las capacidades de adaptación de sujeto y en conjunto con la herencia biológica se produce la esquizofrenia.

Otros factores que pueden contribuir a la aparición de trastornos mentales, es la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales. La esquizofrenia y otras psicosis, afecta a alrededor de 21 millones de personas en el mundo, (Organización Mundial de la Salud, 2000). En los factores ambientales se encuentra la edad, estrés y abuso de sustancias. Siendo una patología compleja, que suele debutar al final de la adolescencia o inicio de la edad adulta, afecta de manera significativa no sólo a quien la padece, sino también a las personas cercanas, debido a la estigmatización y discriminación, siendo considerada una enfermedad mental grave con un desarrollo gradual de sus síntomas.

A continuación mediante fragmentos de diálogos de pacientes psicóticos, se identifica síntomas, funciones psíquicas alteradas y las posibles patologías.

“He visto a la virgen, me habló y me dijo: Dios me envía para comunicarte que eres su elegida serás su representante en la tierra, la benefactora del mundo, la salvadora de la humanidad.”

Los síntomas que se encuentran son: deliro místico, delirio de grandeza, alucinación visual: certeza en el discurso de haber visto a la virgen, alucinación auditiva: certeza en el discurso de que le habló, la presencia de una idea delirante (delirio religioso o místico, combinado con delirio de grandeza) es la que marca la temática alucinatoria.

Entre las funciones psíquicas en el ejemplo tenemos a la percepción y el pensamiento y las patologías en las que podemos encontrar estos síntomas son: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, trastorno debido a otra afección médica.

“Sobre mi actúa un espiritista que me obliga a pensar cosas desagradables, ¿? en la muerte de mis familiares y en la mía propia ¿? Si también dirige todos mis pasos, yo solo hago lo que él me ordena siento que todos mis actos son dirigidos por el ¿? Lo he visto solo una vez es un hombre alto, trigüeño con una barba muy espesa.”

Los síntomas que encontramos son: delirios de control del pensamiento y alucinación visual, esta no está muy marcada y se relaciona con el deliro.

La función psíquica alterada es el pensamiento, las patologías donde se pueden encontrar estos síntomas son: trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, trastorno debido a otra afección médica.

Caso clínico: pequeñas cosas que significan mucho. Donalds, un canadiense de 47 años de estado civil casado, con dos hijos, acusado de intento de asesinato por disparar en contra de su esposa, pero en la sentencia no pudo ser condenado por haber sido considerado con locura refiere el (Salud, Organización Mundial de la, 1999). Diez años atrás empieza a sospechar que su pareja lo engaña porque había bajado su deseo sexual, notando extraño cualquier detalle de ella como notas, etc. Estas idas fueron creciendo y creyó que su esposa lo estaba envenenando mediante la comida para que se duerma y no tener relaciones sexuales, cría que estaba embarazada y deseaba matarlo para casarse con su amante. Al no soportar los celos decide dispararle, siendo por este acto acusado de intento de asesinato por lo cual no pudo ser sentenciado debido a los delirios de presentaba, fue obligado a pasar en prisión en un centro psiquiátrico.

El diagnóstico según el American Psychiatric Association (2014) se presenta el Trastorno delirante de tipo celotípico, porque el en el individuo el tema central de su delirio es la infidelidad que se presentan por más de un mes. Sus ideas por mas irreales que sean no son extravagantes, ni ocasionadas por otro trastorno mental, sustancia o afección médica y no cumple con el criterio A de la esquizofrenia, podemos llegar a este diagnóstico.

Conforme al Organización Mundial de la Salud (2000) Siendo la característica principal una idea delirante de forma persistente, sin presentarse el criterio A, de la esquizofrenia, descartando otros trastornos mentales y consumo de sustancias lo diagnostica como trastorno de ideas delirantes, de tipo mixto, celos y persecución. Las ideas delirantes de ser víctima de infidelidad, que su esposa lo desea matar aunque no son del todo imposible son firmes y desde hace tiempo lo cual se lo puede clasificar en este trastorno.

En ambos manuales podemos observar las similitudes sobre los criterios diagnósticos que se deben cumplir para un trastorno delirante.

“Unas veces oigo voces que proceden de larga distancia y otras veces voces que dialogan entre sí ¿? No son voces conocidas ¿? Comentan sobre mi persona, dicen cosas horribles, me acusan de serle infiel a mi esposa, quieren destruirme.”

Los síntomas que se encuentra en este ejemplo son: delirios persecutorios, delirios referenciales y alucinación auditiva. Las funciones psíquicas alteradas son pensamiento y percepción.

Estos síntomas se encuentran en patologías como esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y trastorno debido a otra afección médica.

Caso clínico: la alumna retrasada. Fielding una mujer afroamericana de 35 años de edad, estado civil soltera, desempleada, debido a su comportamiento preocupante, fue trasladada por la unidad móvil en crisis la cual fue contactada por su hermana, registrado en el (American psychiatric association, 2007). Nunca quiso ir de modo voluntario a un psiquiatra. La familia, el novio y su compañero de piso habían notado el progresivo cambio desde dos años atrás a partir de la muerte de su padre. No volvió a trabajar luego que la despidieron hace tres meses y es en este tiempo que los síntomas están significativamente presente y sus conductas fueron cada vez más notorias, sentía preocupación por los vecinos de arriba manifestando que la atormentaban, invadían sus pensamientos. La paciente negaba cualquier tipo de alteración pero no negaba que podían leer su mente y observar a las personas comentando sus pensamientos y su malestar era no tener voluntad sobre esto,

pensando que las personas tienen este poder de telepatía desde muy pequeños y esto la hacía considerarse y llamarse a sí misma una alumna retrasada.

Diagnóstico: Al presentar alucinaciones, delirios y deterioro en su vida laboral y social persistente al menos un mes y menos de seis meses, descartando consumo de sustancias, otros trastornos mentales y afecciones médicas se considera un trastorno esquizofreniforme según el (American Psychiatric Association, 2014). Debido al tiempo que tiene la paciente es decir tres meses con los síntomas sería un diagnóstico provisional.

Dentro de las actualizaciones del DSMV en el apartado de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos suprimieron los subtipos, la evaluación con la ayuda de especificadores. La gravedad actual del síntoma, mediante una escala sobre 5 puntos en donde cero, es ausente y 4 es presente y grave (American Psychiatric Association, 2014). El diagnóstico se basa en la observación y escucha, de signos y síntomas.

Los criterios diagnósticos para el trastorno delirante nos dice que debe contar con la presencia de uno o más delirios, para el American Psychiatric Association (2014) tienen que durar un mes o más sin haber presenciado el criterio A de esquizofrenia, pudiendo haber alucinaciones vinculadas con el delirio sin afectar mayormente la vida del paciente. Aquí las alucinaciones no son importantes, el comportamiento del paciente no llega a ser extraño, eliminando que las causas sean por otro trastorno mental, sustancias y afección médica, solo debemos especificar el subtipo.

Para diagnosticar esquizofrenia el American Psychiatric Association (2014) refiere que debe de contar con las características que define los trastornos psicóticos, dos o más de estas y una de ellas debe ser alucinación, discurso desorganizado y delirio, siguiendo con los síntomas negativos y el comportamiento motor desorganizado o anómalo. Los síntomas que se presenten deberán permanecer un mes o menos si hubiese sido tratado, y estos persisten mínimo seis meses entre periodos activos y residuales, ocasionando un deterioro significativo en las áreas de su vida, descartando otros trastornos, sustancias o afección médica.

En el trastorno psicótico breve, el primer criterio que establece el American Psychiatric Association (2014) es la aparición de uno de las cinco características de los trastornos

psicóticos, durando al menos un día y menos de un mes, llegando después al funcionamiento del paciente en su estado inicial. Una de esas características debe ser cualquiera de las tres primeras es decir alucinaciones, delirios o discurso desorganizado, sin ser causados por otros trastornos, afección médica o sustancias, haciendo las respectivas especificaciones con o sin estrés notable y catatonía.

Conforme al American Psychiatric Association (2014) el Trastorno esquizofreniforme debe presentar dos o más de los síntomas que definen los trastornos psicóticos, en especial cualquiera de los tres primeros, permaneciendo un mes y finalizando en menos de seis meses. Al igual que la esquizofrenia analizamos los síntomas con la diferencia en el tiempo, es decir se hará un diagnóstico provisional y no debe exceder los seis meses, descartado afecciones médicas, sustancias y otros trastornos mentales, especificando si es o no con características de buen pronóstico y catatonía.

Cuando se diagnostica trastorno inducido por sustancias/medicamentos, debe presentar síntomas como delirios, alucinaciones o ambos que pueden ser examinados mediante pruebas de laboratorio, historia clínica o exploración física, habiendo la posibilidad que la medicación o la sustancia sea capaz de provocar dichos síntomas según el (American Psychiatric Association , 2014). Los delirios y la alucinaciones deberán aparecer durante o un poco después de la intoxicación o abstinencia, la cual fue provocada por la sustancia o medicación causando deterioro en el desempeño del paciente generando malestar en todas las áreas.

Según el American Psychiatric Association (2014) al diagnosticar trastorno psicótico debido a otra afección médica, son necesarias las pruebas de laboratorio, historia clínica, examen físico y especificando el síntoma predominante como delirios o alucinaciones presentes de forma relevante, podemos guiarnos al diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica. Estos síntomas psicóticos son provocados por patologías médicas o sus tratamientos.

El trastorno de la personalidad esquizotípica, se incluye en la clasificación de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, pero los criterios diagnósticos se los encuentran en el capítulo de trastorno de la personalidad (American Psychiatric Association , 2014).

CONCLUSIONES

- Los manuales diagnósticos nos ayudan a identificar, clasificar y entender el origen de los trastornos del espectro psicótico, pero es el estudio psicoanalítico el que nos permite comprender la estructuración de la personalidad del sujeto, que a falta del nombre del Padre se produce la psicosis, con una posición analítica frente a la particularidad del síntoma y la realidad subjetiva.
- Los síntomas más frecuentes presentes en la psicosis son las alucinaciones y los delirios, y las funciones psíquicas alteradas son la percepción y el pensamiento; como resultado los diagnósticos presuntivos más frecuentes fueron la esquizofrenia, el trastorno delirante, el trastorno esquizofreniforme.
- No existe un factor único que origine la esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico, se presentan mediante una combinación de factores internos y externos, como la genética, relaciones significativas en la niñez y acontecimientos estresores para que se pueda desarrollar.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association . (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V)*. México: MEDICA PANAMERICANA.
- American psychiatric association. (2007). *Libros de Casos del DSM IV TR*. Recuperado el 2016, de Google books: https://books.google.com.ec/books?id=SS36-8lUpk8C&printsec=frontcover&dq=libro+de+casos+dsm+iv&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=esquizofrenia&f=false
- Anaya, N. C. (2010). *diccionario de psicología*. bogota - colombia: ecoe.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2004). *Guía Latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico*. Lima.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2012). *Guía Latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico*. Perú: Asociación psiquiátrica de America Latina (APAL).
- Bernal, H. (2014). *Método de investigación en el psicoanálisis*. Obtenido de <http://www.kennedy.edu.ar/.../El%20comentario%20de%20texto%20co>
- Cachón-Pérez, J., & Palacios-Cena, C. Á.-L. (2013). Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *enfermería intensiva*, 8.
- Chamorro. (2014). *Clínica de las Psicosis*. Buenos Aires: Instituto clínico de Buenos Aires.
- evans, d. (2007). *diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano*. buenos aires - argentina : paidós.
- fonseca, e., inchaustin, f., ortuño, j., gutierrez, c., gooding, d. c., & paino, m. (2015). AVANCES EN LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS EN EL SÍNDROME PSICÓTICO. *papeles del psicólogo*, 13.
- Freud, S. (1913 - 1914). *Tótem y tabú y otras obras*. Amorrortu.

García-Ptacek, S., Azorín, D. G., Salmador, R. S., Cuadrado, M., & Porta-Etessam, J. (2013). Las alucinaciones y percepciones aberrantes son prevalentes entre la población joven sana. *neurologia*, 5.

López-Silva, P. (2014). La relevancia filosófica del estudio de la esquizofrenia. Cuestiones metodológicas y conceptuales. *revista colombiana de psiquiatria*, 7.

Lozano, D. (2014). Crisis Subjetiva en el desencadenamiento de la psicosis: Contiuidades y Discontinuidades. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur*, 6.

Morales, H., & Gerber, D. (1998). *Las suplencias del nombre del Padre*. Obtenido de Google Books:

https://books.google.com.ec/books?id=rqTсна6bDvoC&printsec=frontcover&dq=Las+suplencias+del+nombre+del+Padre&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Las%20suplencias%20del%20nombre%20del%20Padre&f=false

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. España: Médica Panamericana.

Pérez, G. G., & Moreira, K. (2014). Funciones Ejecutivas y Funciones Psicológicas Superiores:

Análisis de sus relaciones a partir de dos tareas. *VI CONGRESO INTERNACIONAL DE*

INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA XXI JORNADAS DE INVESTIGACIÓN DÉCIMO ENCUENTRO DE INVESTIGADORES EN PSICOLOGÍA DEL MERCOSUR, 5.

Salud, Organización Mundial de la. (1999). *Libro de casos de la CIE-10: las diversas caras de los trastornos mentales. Historias clinicas de casos de trastornos mentales y del*

comportamiento, en personas adultas, comentados según las descripciones de la CIE-

10. Recuperado el 2016, de Google books:

https://books.google.com.ec/books?id=6eg7XS8NobYC&printsec=frontcover&dq=libro+de+casos+del+cie+10&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=trastorno%20de+lirante%20del%20tipo%20persecutorio%20&f=false

SARASON, I. G. (2006). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson.

pearson.

Szerman, N. (2015). PATOLOGÍA DUAL EN PSICOSIS. *revista de patologia dual*, 4.

Vallejo, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: MASSON, S.A.

Velilla, M. (2016). delirio frente a delirium. *medicina clinica*, 2.

Vigil, T. M., Orellana, A. F., García, R. R., & Correa, M. D. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia. *salud mental*, 7.

ANEXOS

Problemática

Asignatura	Caso práctico
PSICOPATOLOGIA	<p>En base a la revisión de artículos científicos, textos y manuales de psicopatología y psiquiatría, identifique síntomas psicopatológicos y argumente sobre cada uno de ellos. En la argumentación es necesario que establezca la función psíquica afectada, el tipo de alteración o trastorno, su etiopatogenia y su nosología.</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="415 846 1479 951">1. "...he visto la virgen...¿...?, se dirigió directamente hacia mí...¿...? sí, me habló, me dijo: Dios me envía para comunicarte que eres su elegida, serás su representante en la tierra, la benefactora del mundo, la salvadora de la humanidad."<li data-bbox="415 1014 1479 1182">2. "...sobre mí actúa un espiritista que me obliga a pensar cosas desagradables...¿...? en la muerte de mis familiares y en la mía propia ¿...?, sí, también dirige todos mis pasos, yo solo hago lo que él me ordena... siento que todos mis actos son dirigidos por él... ¿...? lo he visto solo una vez, es un hombre alto trigueño, con una barba muy espesa..."<li data-bbox="415 1245 1479 1350">3. "...unas veces oigo voces que proceden de larga distancia y otras veces voces cernas que dialogan entre sí... ¿...?, no son voces conocidas...¿...?, comentan sobre mí persona, dicen cosas horribles...me acusan de serle infiel a mi esposa... quieren destruirme..."

PEQUEÑAS COSAS QUE SIGNIFICAN MUCHO

El señor Donalds es canadiense y tiene 47 años. Está casado y tiene dos hijos.

Caso: El Sr. Donalds disparó a su mujer y fue acusado de intento de asesinato, pero no se le condenó, por haber apreciado la sentencia por haber apreciado locura en la sentencia. Fue llevado de la prisión a un hospital psiquiátrico, en el cual se le obligó a estar ingresado.

La enfermedad del Sr. Donalds comenzó 10 años antes cuando comenzó a sospechar de su mujer porque descendió su interés en el sexo. Comenzó a notar “pequeñas cosas” en el hogar y en las conversaciones que fueron ampliando sus sospechas. Por ejemplo vio las palabras “Hotel Sherwood” escritas en el calendario de la cocina. Había, además, un número que pensó que era de una habitación. El señor Donalds se convenció poco a poco de que sus sospechas eran correctas y llegó a la conclusión de que su mujer le era infiel. Más tarde creyó que su mujer estaba embarazada de otro hombre y que ella estaba envenenando su comida para que se quedara dormido por la noche y no mantuvieran relaciones sexuales. Incapaz de soportar la infidelidad de su mujer por más tiempo, cogió un rifle del calibre 22 y disparó sobre ella. Como resultado de esto, fue acusado de intento de asesinato, pero se alegó locura en el momento del delito.

Antecedentes: el Sr. Donalds era el segundo de tres hermanos, su familia era de clase trabajadora. Tanto su hermano mayor como su hermana pequeña estaban casados y tenían hijos. Su nacimiento y su posterior desarrollo se consideraron normales. En el colegio su capacidad era normal y estudió hasta los 12 años. Cuando estaba en el colegio se interesaba muy poco por las actividades extraescolares, y su posterior vida social era bastante limitada. Cuando tenía 20 años trabajó en una fábrica, en la que era considerado un trabajador valioso. En el curso de su trabajo recibió un premio por sus ideas innovadoras diseñando la ropa de trabajo de la compañía. Sus compañeros le consideraban como una persona tranquila y solitaria, y también le describían como un trabajador consciente y que nunca se quejaba. El Sr. Donalds nunca tuvo amigos y nunca tuvo una novia formal hasta que conoció a su mujer en fecha indeterminada, cuando tenía unos 30 años. Anteriormente, su única actividad sexual la había tenido a los 20 años con una vecina que estaba en los 50. Se casó a los 31 años y tenía dos hijas de 15 y 9 años.

El padre del Sr, Donalds murió de un infarto de miocardio a los 69 años. Su madre murió, 4 años después, por una hemorragia cerebral, cuando tenía 68. Era descrita como una mujer dominante, dura y crítica.

El Sr. Donalds no tenía dificultades económicas y, anteriormente, no había habido indicios de un comportamiento agresivo o violento.

Hallazgos en la exploración: Cuando ingresó en el hospital, el Sr. Donalds parecía bien aseado y bien vestido. Sus movimientos eran lentos y su forma de hablar era tranquila y pausada, pero mostrando una expresión lógica de las ideas. Su humor parecía levemente expresivo. No miraba a los ojos. En el examen de sus funciones sensoriales mostró que su orientación, su memoria a corto y largo plazo, su atención, su concentración y su juicio se encontraban intactos.

No había evidencias de anomalías perceptuales como alucinaciones. Sus ideas delirantes se centraban en la infidelidad de su esposo y estaba convencido que envenenaba su comida para reducir su deseo. Pensaba que su mujer estaba embarazada de otro hombre y que quería librarse de él para casarse con su amante. Las ideas delirantes sobre su esposa tenían una gran fijeza y se apreciaba que las rumiaba de manera constante rumiándolas y sistematizándolas. Durante las dos semanas previas al disparo se sentía deprimido y fatigado, y había perdido el apetito y adelgazado. En la sala del hospital parecía tener dificultades para relacionarse con los demás pacientes, y si le daban oportunidad prefería estar solo.

LA ALUMNA RETRASADA

La Srta. Fielding, una mujer afroamericana de 35 años de edad, soltera, desempleada y educada en un instituto, fue conducida por la unidad móvil de crisis al servicio de urgencias. Fue la hermana de la paciente quien contactó con la unidad móvil, después de haber fracasado en el intento de persuadirla para que acudiera a un psiquiatra de forma ambulatoria. La hermana estaba preocupada por el ritmo de trabajo progresivamente más errático de la paciente y por sus conductas extravagantes desde la muerte de su padre, hace ahora 2 años. La única vez que la paciente había mantenido contacto con psiquiatras fue a través de un breve programa de psicoterapia al que se sometió en su instituto.

La paciente no había vuelto a trabajar después que la despidieron de su empleo hace ahora tres meses. Tal y cómo explicaban novio y su compañero de piso (ambos vivían con ella), fue mostrando una preocupación cada vez más acentuada por los vecinos de arriba. Unos días antes habían aporreado su puerta principal con una vara de hierro sin motivo aparente. Explico a los de la unidad móvil de crisis que los vecinos de arriba habían estado atormentándola “accediendo” a sus pensamientos y repitiéndoselos. El equipo de la unidad móvil la remitió al servicio de urgencias para evaluar “un fenómeno de transmisión de pensamiento”. A pesar de que negaba tener ningún problema con sus pensamientos, confesó que se sentía “estresada” desde que había perdido su puesto de trabajo, añadiendo que podían beneficiarse de más sesiones de psicoterapia.

Después de leer el informe de admisión, donde constaba que la paciente tenía síntomas extravagantes, los psiquiatras de guardia se sorprendieron al encontrarse con una mujer joven, atractiva, tranquila, relajada, vestida de forma elegante y con una apariencia perfectamente normal. Los saludó con una sonrisa educada y algo superficial, mostrando un respeto indiferente. Cuando le preguntaron el motivo de su presencia, movió tímidamente sus hombros y replicó “¡espero que ustedes me lo aclaren!”.

La Srta. Fielding había trabajado siempre como secretaria y atribuía su despido a la crisis económica. Negaba cualquier tipo reciente de alteraciones del ánimo y, contestaba “no” a cualquier pregunta que intentara poner de manifiesto síntomas psicóticos, acompañando cada una de sus respuestas con una sonrisa educada, pero incrédula. Creyendo que quizá la valoración del equipo móvil de crisis correspondía a otra paciente, el entrevistador le

preguntó, casi excusándose, si había pensado alguna vez que la gente podía leer su mente. Ella respondió ¡"oh, sí!, Constantemente", y describió, en una ocasión, encontrándose de pie en la cocina programando la cena en silencio, oyó voces de gente de la calle recitando el menú entero que ella acababa de decir. Estaba convencida de la verosimilitud de esta experiencia, e incluso la había certificado mirando por la ventana y observando a la gente hablando en voz alta de sus pensamientos.

La paciente sentía malestar no porque las personas "accedieran" a sus pensamientos, sino por la incapacidad para controlar éste fenómeno. Creía que la gente había desarrollado estos poderes telepáticos en la infancia, y que ella era una "alumna retrasada" que acababa de darse cuenta de esta capacidad, y se sentía realmente abrumada por este descubrimiento. Aunque ya había empezado a notar estas experiencias telepáticas 2 años antes, no se hicieron realmente constantes hasta el período de 3 meses posterior a su despido laboral. El malestar que sentía se debía casi exclusivamente a sus vecinos de arriba, que no solo repetían sus pensamientos, sino que la bombardeaban con comentarios críticos y peyorativos, como "¡no eres buena!" y "debes marcharte". Habían empezado a introducirse dentro de ella de forma despiadada, a todas horas, tanto de día como de noche.

Estaba convencida de que la única solución era que sus vecinos se mudaran.

Cuándo le preguntaron si había pensado en otras posibilidades, admitió de forma reacia que había hablado con su novio de contratar los servicios de una persona especializada en "amenazar" o, si fuera necesario, "eliminar" al matrimonio de la planta superior. Confiaba en que sería posible ahorrarles este sufrimiento a los dos hijos de la pareja, ya que creía que no estaban implicados en la invasión de sus "fronteras mentales". Esta preocupación por los niños era la única muestra de conciencia de la gravedad de sus síntomas. Reconocía, sin embargo, que debía ingresar en el hospital.

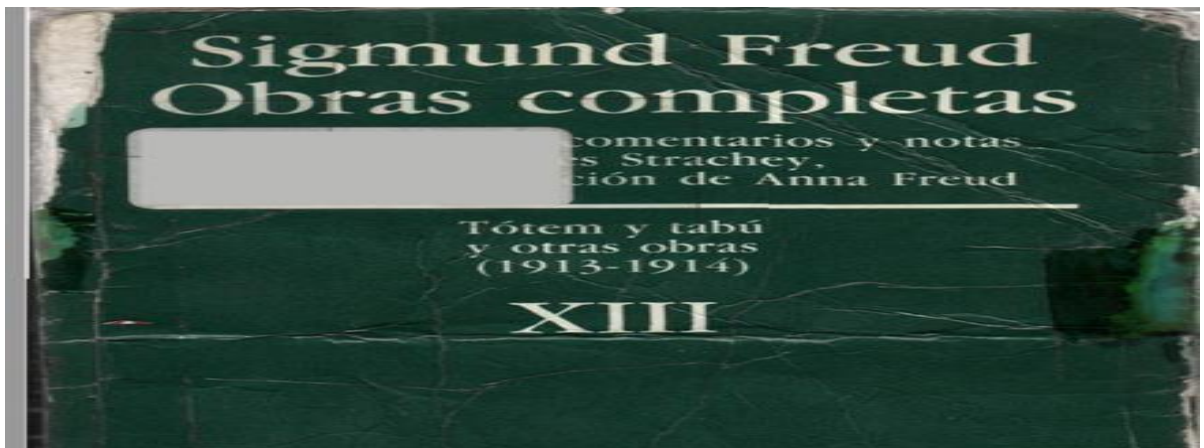
Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluada por el clínico

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: [] Hombre [] Mujer Fecha: _____

Instrucciones: Basándose en toda la información que usted tiene sobre el individuo y utilizando su valoración clínica, evalúe (con una marca) la presencia y la gravedad de los siguientes síntomas tal y como los ha experimentado el individuo en los últimos siete (7) días.

Dominio	0	1	2	3	4	Puntuación
I. Alucinaciones	<input type="checkbox"/> No presentes	<input type="checkbox"/> Dudosas (gravedad o duración no suficiente para considerarse psicosis)	<input type="checkbox"/> Presentes pero leves (pequeña presión para actuar según las voces, no muy molesto por las voces)	<input type="checkbox"/> Presentes y moderadas (alguna presión para responder a las voces o se siente un poco molesto por ellas)	<input type="checkbox"/> Presentes y graves (grave presión para responder a las voces o se siente muy molesto por ellas)	
II. Delirios	<input type="checkbox"/> No presentes	<input type="checkbox"/> Dudosos (gravedad o duración no suficiente para considerarse psicosis)	<input type="checkbox"/> Presentes pero leves (pequeña presión para actuar según las creencias delirantes, no muy molesto por las creencias)	<input type="checkbox"/> Presentes y moderados (alguna presión para actuar según las creencias o se siente un poco molesto por ellas)	<input type="checkbox"/> Presentes y graves (grave presión para para actuar según las creencias o se siente muy molesto por ellas)	
III. Discurso desorganizado	<input type="checkbox"/> No presente	<input type="checkbox"/> Dudoso (gravedad o duración no suficiente para considerarse desorganización)	<input type="checkbox"/> Presente pero leve (alguna dificultad para seguir el discurso)	<input type="checkbox"/> Presente y moderado (discurso a menudo difícil de seguir)	<input type="checkbox"/> Presente y grave (discurso casi imposible de seguir)	
IV. Comportamiento psicomotor anormal	<input type="checkbox"/> No presente	<input type="checkbox"/> Dudoso (gravedad o duración no suficiente para considerarse un comportamiento motor anormal)	<input type="checkbox"/> Presente pero leve (comportamiento motor anormal o desorganizado, o catatonía ocasional)	<input type="checkbox"/> Presente y moderado (comportamiento motor anormal o desorganizado, o catatonía frecuente)	<input type="checkbox"/> Presente y grave (comportamiento motor anormal o desorganizado casi constante)	
V. Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida, abulia)	<input type="checkbox"/> No presentes	<input type="checkbox"/> Dudosos (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la propia iniciativa)	<input type="checkbox"/> Presentes pero leves (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la propia iniciativa)	<input type="checkbox"/> Presentes y moderados (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la propia iniciativa)	<input type="checkbox"/> Presentes y graves (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la propia iniciativa)	

CITAS:



Ahora bien, el psicoanálisis nos ha familiarizado con la historia clínica y el mecanismo psíquico de los casos de enfermedad obsesiva. He aquí el historial de un caso típico de angustia de contacto: al comienzo, en la primerísima infancia, se exteriorizó un intenso placer de contacto cuya meta estaba mucho más especializada de lo que uno se inclinaría a esperar. Pronto una prohibición contrarió *desde afuera* ese placer; la prohibición, justamente, de realizar ese contacto.⁵ Ella fue aceptada, pues podía apoyarse en poderosas fuerzas internas;⁶ demostró ser más potente que la pulsión que quería exteriorizarse en el contacto. Pero a consecuencia de la constitución psíquica primitiva del niño, la prohibición no consiguió cancelar a la pulsión. El resultado fue sólo reprimir {esforzar al desalajo} a la pulsión ~~el placer en el contacto y desterrarlo a lo inconsciente~~

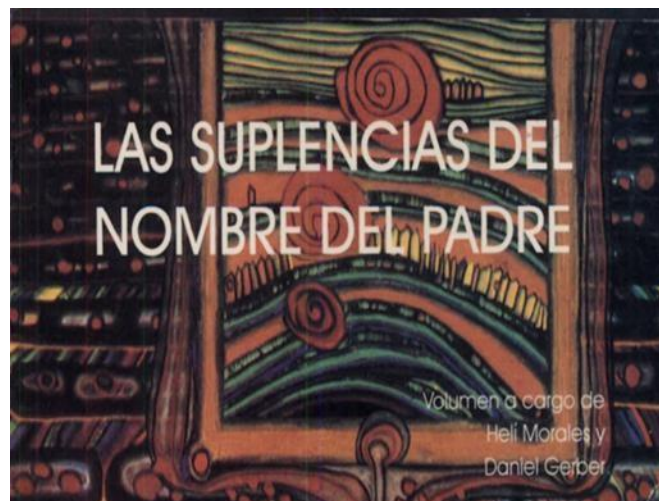
—al placer en el contacto— y desterrarla a lo inconciente. Tanto prohibición como pulsión se conservaron. La segunda, porque sólo estaba reprimida, no cancelada; y la primera, porque si ella cejaba, la pulsión se abriría paso hasta la conciencia, y se pondría en ejecución. Era una situación no tramitada, se había creado una fijación psíquica, y del continuado conflicto entre prohibición y pulsión derivaba todo lo demás.

El carácter principal de la constelación psicológica fijada de ese modo reside en lo que se podría llamar la conducta *ambivalente*⁷ del individuo hacia un objeto o, más bien, hacia una acción sobre el objeto. Quiere realizar una y otra vez esa acción —el contacto— [ve en ella el máximo goce, mas no tiene permitido realizarla], pero al mismo tiempo aborrece de ella.⁸ La oposición entre esas dos corrientes aborrece de ella.⁸ La oposición entre esas dos corrientes no se puede nivelar y compensar por el camino directo porque ellas —no nos resta otra posibilidad que formularlo así— están localizadas de tal modo en la vida anímica que no pueden encontrarse. La prohibición es expresa y consciente; en cambio, el placer de contacto, que perdura, es inconciente: la persona no sabe nada de él. De no mediar este factor psicológico, la ambivalencia no podría durar tanto tiempo ni producir tales fenómenos consecutivos.

En la anterior historia clínica destacamos como lo decisivo que la prohibición interviniera a edad tan temprana; y

⁵ Ambos, placer y prohibición, se referían al contacto con los genitales propios.

⁶ En el vínculo con las personas amadas, que promulgaron la prohibición




El padre, la cuestión del padre, recorre la obra de Freud y los seminarios de Lacan.

El padre en los textos freudianos aparece a simple vista como un personaje central en el teatro de lo psíquico, pero se trata de algo más estructural: una función en la constitución del sujeto. El actor, que en cada uno de los casos paradigmáticos ocupa un papel en el libreto clínico, se evidencia como engranaje fundamental en el devenir de las historias. En Juanito, su lugar de portavoz debilitado del maestro muestra la necesidad de una función convocada por el síntoma del caballo. En Dora, la propuesta de intercambio señala la falla por donde la pregunta por el deseo apura la miopía paterna. El padre feroz, en Schreber, aparece ante el hijo bajo la máscara de un Dios que propicia su mutación en mujer. En el hombre de las ratas, nunca es más evidente que el padre no es sólo un personaje de carne y hueso sino una presencia simbólica con sus mensajes y sus enigmas; en fin, en el hombre de los lobos la aparición paterna no se reduce a un lugar en la cama de la madre sino a un fantasma en las danzas de la historia.

Pero el padre no es nada más esa pieza fundamental para pensar la constitución psíquica del sujeto, sea como función edípica en la

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI
Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires,
2014.



**CRISIS SUBJETIVA EN EL
DESENCADENAMIENTO DE LA
PSICOSIS: CONTINUIDADES Y
DISCONTINUIDADES.**

Key words

Trigger, Psychosis, Subjective Crisis, Return in the reality

La respuesta psicótica

El desencadenamiento de la psicosis, como resultado de un llamado al Significante del Nombre del Padre, pone en evidencia que la inscripción del mismo no ha operado en el lugar del Otro. Es decir,

a partir de una coyuntura que exige al sujeto un esfuerzo de simbolización emerge un agujero de lo simbólico producto de "la carencia del significante mismo" [iv]. Esto se debe a que ese significante primordial que se inscribe a partir de la operatoria de la metáfora paterna no ha advenido para ese sujeto. Entonces, siguiendo a Lacan, podemos afirmar que

"Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre del Padre, *werworfen*, precluido, es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto. Es la falta del Nombre del Padre en ese lugar la que, por el agu-

todo dialéctica. Ese significante que aparece de forma alucinatoria (...) es el retorno en lo real que da cuenta de lo forcluido en lo simbólico." [xi]

Ahora, el sujeto psicótico se sabe concernido por ese significante y se enfrenta a la tarea de hacer algo con eso que se impone.

Tanto Freud[xii] como Lacan[xiii] señalaron que la irrupción de los fenómenos psicóticos supone un punto de inflexión, de quiebre con el orden subjetivo previo. De esta manera, nos encontramos clínicamente con manifestaciones que dan cuenta de un estallido masivo de la estabilidad de la existencia que un sujeto se ha dado

Es la falta del Nombre del Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario" [v]

Por lo tanto, según lo articula Lacan en su retorno a Freud, el encuentro del sujeto con un Un-padre real que nunca ha estado allí, conduce a la conmoción del soporte imaginario que se ha dado y al consecuente estallido de la psicosis. De este modo, afirma que este encuentro que suscita un llamado al Nombre del Padre es introducido

"Por ninguna otra cosa sino por un padre real, no en absoluto necesariamente por el padre del sujeto, por Un-padre.

Aún así es preciso que ese Un-padre venga a ese lugar a donde el sujeto no ha podido llamarlo antes. Basta para ello que ese Un-padre se sitúe en posición tercera en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria a-a', es decir yo-objeto o ideal-realidad" [vi]

En consecuencia, el sujeto aún no desencadenado, se sostuvo en una relación dual con la que organizó su realidad hasta que la intervención de Un-padre real -encarnado- y la imposibilidad de responder ante él desde lo simbólico arremetieron contra la estabilidad previa.

Al respecto, señala Lacan

"Puede que al comienzo el taburete no tenga suficientes pies, pero que igual se sostenga hasta cierto momento, cuando el sujeto, en determinada encrucijada de su historia bibliográfica, confronta ese

masivo de la estabilidad de la existencia que un sujeto se ha dado en sus relaciones con el Otro. Es decir, un estado de crisis subjetiva que llama a la construcción de un nuevo orden, dado que "lo que retorna en lo real, ..., es lo que sirve de principio para que cierta discontinuidad se reestablezca." [xiv] Dicho de otro modo, lo que estaba encadenado se desgarró y surgen síntomas que se vuelven insoportables para el sujeto que los padece.

Las palabras duelen

Presentación inicial

María, de 38 años, es traída al tratamiento por sus hermanas. Las mismas relatan que durante el último mes ha estado "rara", permaneciendo horas inmóvil, mirando un punto fijo cuando antes era una persona muy activa. Además, coinciden en que manifiesta un temor intenso a que les pase algo. En un principio, la madre, se negaba a realizar la consulta hasta que María la tomó por el cuello diciéndole "¿no te das cuenta de lo que esta pasando?". Hasta entonces, la madre afirmaba que controlaba a la hija pero, esta escena, da lugar al pedido de ayuda.

María se presenta preocupada, con verbosidad intensa y dichos desordenados. Manifiestamente ansiosa, relata que "a mis hermanas -Marina y Silvina- y a mi sobrina -Laura, hija de Marina- las quieren secuestrar". Esta idea encuentra sustento en que "al celular me llegan mensajes amenazantes diciendo que las van a secuestrar". Además, diversos vehículos pasan por su casa "para

#Model
ENFI-139; No. of Pages 8
ARTICLE IN PRESS
Enferm Intensiva. 2013;xxx(xx):xxx-xxx



www.elsevier.es/ei

ORIGINAL

Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos☆

J.M. Cachón-Pérez*, C. Álvarez-López y D. Palacios-Ceña

INTRODUCCION

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) se define, siguiendo las recomendaciones del DSM-IV-TR, como un cuadro que cursa con una rápida presentación, de horas o días, que se caracteriza por la presencia de cambios en el estado basal del comportamiento del enfermo, acompañado de variaciones en su nivel de conciencia, alteraciones en la percepción y pensamiento desorganizado¹.

Dentro del marco conceptual del SCA existen muchas definiciones. No existe consenso a la hora de denominar el síndrome, y puede aparecer con diferentes denominaciones como síndrome de unidad de cuidados intensivos (UCI), SCA, psicosis funcional, delirio postoperatorio y psicosis cardíaca². Destaca a nivel internacional la establecida por el DSM-IV-TR: «El delirio o síndrome confusional agudo es un grave trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico que se caracteriza por la aparición de alteraciones de conciencia y de las funciones cognitivas y suele tener un curso fluctuante». Es de carácter agudo, se manifiesta habitualmente en horas o días y es de origen orgánico; se produce en el contexto de una enfermedad médica general o a consecuencia del uso o la abstinencia de determinadas sustancias³. Pero en el contexto español, y de unidades de UCI, el término delirio es el más utilizado actualmente, y

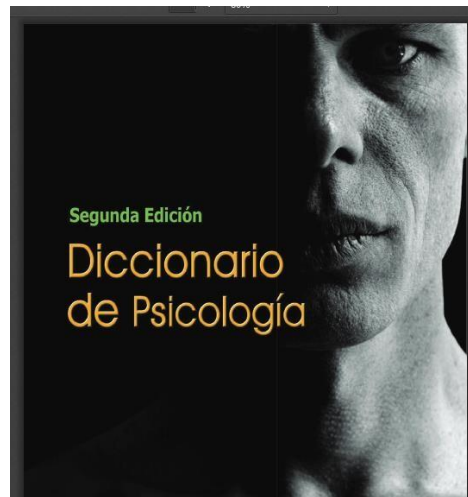
medio y largo plazo. Dentro de las complicaciones que se producen a corto plazo se encuentran la autoextubación y la retirada accidental de catéteres⁴. Las complicaciones a medio plazo están en relación con el aumento del tiempo de hospitalización^{5,6} y el aumento del gasto sanitario⁷. Las complicaciones a largo plazo son las alteraciones cognitivas a largo plazo⁸ y el aumento de la mortalidad más allá de 6 meses^{9,10}.

Los profesionales de enfermería de las UCI se encuentran en una posición destacada para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del SCA². Numerosos estudios cualitativos destacan la labor de los profesionales de enfermería especialmente para la aplicación de las medidas no farmacológicas en las UCI¹¹⁻¹³.

El objetivo principal es describir las experiencias de las enfermeras de UCI de adultos en la identificación y aplicación de las medidas no farmacológicas para la prevención y tratamiento del SCA en el paciente crítico.

Como objetivos secundarios se encuentran describir: a) la influencia del medio físico y social; b) la implicación de la familia; c) el aspecto formativo de las enfermeras; y d) la influencia del ciclo sueño-vigilia.

Material y método



CONSEGUIR LIBRO IMPRESO

Ningún eBook disponible

Casa del Libro
El Corte Inglés
Laie

Buscar en una biblioteca
Todos los vendedores »



Psicopatología: psicología anormal
: el problema de la conducta
inadaptada

8 resultados de PSICOTICO CONCIENCIA en este libro - Ordenar por: [relevancia](#) | [páginas](#)

[Página 373 »](#)

“El ‘amario’ es la esquizofrenia, una grave enfermedad mental o, como algunos profesionales se refieren a ella, un trastorno neurobiológico. He padecido de esquizofrenia durante una buena parte de mi vida adulta. Es tratable, pero hasta ahora no existe cura. (...)”

“A pesar de haber estado hospitalizado en dos ocasiones, logré obtener el Phi Beta Kappa en la Brown University y después asistir a la Escuela de Medicina de la Universidad de Connecticut. Sin embargo, poco después de un año, ya no pude funcionar. En ese momento, las voces ni-

Trastornos psicóticos

Las personas en estado psicótico tienen dificultad para pensar de forma racional y organizada. Un **trastorno psicótico** se define por alteraciones de la percepción, el pensamiento o la **conciencia**, alteraciones que son denominadas alucinaciones o delirios. Alguien que hace inferencias incorrectas acerca de la realidad con base en estas alteraciones, y cree son reales, padece un trastorno psicótico. Además, los síntomas de los trastornos psicóticos pueden incluir

[Página 435 »](#)

En la crisis de **epilepsia leve** o del **pequeño mal**, (del francés petit mal) que es especialmente común en los niños, no hay convulsiones. En su lugar, existe un lapso de **conciencia** que se caracteriza por una mirada en blanco y falta de respuesta que dura hasta medio minuto, más o menos. Por lo regular, el individuo no pierde la **conciencia**. Estas crisis se pueden presentar varias veces al día.

En la **epilepsia psicométrica**, un tipo que incluye 15% de los casos, se trata con un fármaco en los niños, al presentar convulsiones al comen-

CAPITULO 13 ► Trastornos por déficit cognitivo 435

no son resistentes a los tratamientos disponibles. Un estudio reciente encontró que 28% de los que son resistentes al tratamiento tienen un tipo de variante de gen que se presenta con menor frecuencia que en aquellos a quienes les ayudó un tratamiento (Siddiqui y cols., 2003). Esta variante genética está asociada con un alto nivel de la proteína que se conoce como ABCB1, que se considera es una barrera para los medicamentos anticonvulsivos. Si los medicamentos no son eficaces o tienen fuertes efectos secundarios,

AVANCES EN LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS EN EL SÍNDROME PSICÓTICO

Eduardo Fonseca-Pedrero^{1,2}, Felix Inchausti³, Javier Ortuño-Sierra¹, Carmen Gutiérrez⁴, Diane C. Gooding⁵ y Mercedes Paino^{2,6}

¹Universidad de La Rioja. ²Programa de Prevención de Psicosis (P3). ³Centro Hospitalario Benito Menni de Elizondo.

⁴Unidad de Salud Mental, Hospital San Pedro. ⁵Universidad de Wisconsin-Madison, EEUU. ⁶Universidad de Oviedo

El presente trabajo tiene como objeto acercar al profesional de la psicología los últimos avances desarrollados en el campo de la evaluación de los síntomas negativos en los trastornos del espectro psicótico y condiciones relacionadas. En un primer lugar, se comenta brevemente el desarrollo histórico de los síntomas negativos, su conceptualización, y su impacto en la práctica clínica y la investigación. En segundo lugar, se mencionan los instrumentos disponibles para la evaluación de los síntomas negativos. Se focaliza

El presente trabajo tiene como objeto acercar al profesional de la psicología los últimos avances desarrollados en el campo de la evaluación de los síntomas negativos en los trastornos del espectro psicótico y condiciones relacionadas. En un primer lugar, se comenta brevemente el desarrollo histórico de los síntomas negativos, su conceptualización, y su impacto en la práctica clínica y la investigación. En segundo lugar, se mencionan los instrumentos disponibles para la evaluación de los síntomas negativos. Se focaliza el discurso en las herramientas de nueva construcción, y se mencionan sus características psicométricas. Asimismo, se señalan diferentes instrumentos de medida para la evaluación de los síntomas negativos como expresión de condición de riesgo o de vulnerabilidad a la psicosis, tanto dentro del paradigma de alto riesgo clínico como psicométrico. En tercer lugar, y para finalizar, se diserta a modo de recapitulación sobre algunas conclusiones, directrices y posibles desarrollos futuros en este área de estudio.

Palabras clave: Psicosis, Evaluación, Síntomas negativos, Anhedonia, Test.

The main goal of the present work is to bring to psychologists recent advances in the field of assessment of the negative symptoms in the psychotic spectrum disorders and related conditions. First, we briefly discuss the historical development of negative symptoms, their conceptualization, and their impact on clinical practice and research. Second, we present the tools available for the assessment of negative symptoms. Discourse focuses on the new construction tools and the psychometric characteristics are mentioned. Also, measuring instruments for the assessment of negative symptoms as an expression of risk or vulnerability to psychosis are showed, both within the clinical and the psychometric high risk paradigm. Third, and finally, there is a proposal to recap on some conclusions, guidelines, and possible future developments in this area of study.

Key words: Psychosis, Assessment, negative symptoms, Anhedonia, Test.

El síndrome psicótico aglutina un conjunto de entidades clínicas heterogéneas que son consideradas un problema sanitario y social de primer

que lo sufren obliga, tanto a investigadores como clínicos, a seguir dirigiendo todos los esfuerzos a analizar este conjunto de trastornos. Solo una comprensión más

FUNCIONES EJECUTIVAS Y FUNCIONES PSICOLÓGICAS SUPERIORES: ANÁLISIS DE SUS RELACIONES A PARTIR DE DOS TAREAS.

Grau Pèrez, Gonzalo y Moreira, Karen.

den explicar por ninguno de los procesos involucrados de forma independiente, sino por su coordinación y operación simultánea. El presente trabajo plantea de forma teórica y empírica la convergencia entre estos dos constructos que provienen de tradiciones diferentes del estudio de la cognición humana, pero cuyos aspectos en común serán valorados a lo largo de este trabajo. Se analiza el desempeño de niños de 8 y 11 años en la tarea de formación de conceptos artificiales Vygotski-Sakharov (TFCA) creada por la escuela socio-cultural para explorar el pensamiento conceptual y el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST) actualmente usado para evaluar algunos aspectos de las funcionamiento ejecutivo. Se encuentra una correlación media entre el puntaje de la escala subjetiva de la TFCA Vygotski-Sakharov y las variables dependientes del WCST. Los resultados encontrados son coherentes con las hipótesis de este trabajo, en relación a la existencia de un solapamiento parcial entre los constructos FE y FPS.

Palabras clave

Funciones superiores, Funciones ejecutivas, Control de la conducta, Tareas de clasificación

Las funciones ejecutivas (FE):

Las FE engloban procesos complejos entre los que se encuentran la toma de decisiones, la formación de conceptos, el razonamiento abstracto, la memoria operativa, la velocidad de procesamiento, el control de interferencia, la inhibición de impulsos, la planificación, la evaluación de errores, y la flexibilidad cognitiva entre otros (Gómez Beldarrain & Tirapu Ustárriz, 2012). Por lo tanto involucran la coordinación simultánea de muchas funciones y procesos cognitivos. De ahí la metáfora de que operen como "dirección de orquesta". Desde el punto de vista neuroanatómico describen un conjunto de funciones de la corteza prefrontal (Pérez, Carboni, & Capilla, 2012). Se admite de manera unánime que tales funciones tienen por cometido central guiar el comportamiento de forma voluntaria hacia una meta (Banich, 2009); pero sin embargo existe una amplia variedad de modelos para explicar cómo se produce esta actividad de control (Tirapu, García, Luna, Verdejo, & Ríos, 2012).

La diversidad de perspectivas sobre el constructo se refleja además en la diversidad de técnicas orientadas a la evaluación diferentes aspectos de las FE (Chan, Shum, Touloupoulou, & Chen, 2008). Una de las herramientas más empleadas, en este sentido es el Test de

The Executive Functions such as conceptualized by current cognitive science and by what Vygotsky called Higher Psychological Functions (FPS) have some common features, essentially regarding the conscious and voluntary control of self behavior. These constructs are interesting, because they suppose that the forms of typical human performance can not be explained by any of the processes involved independently, rather by their coordination and simultaneous operation. This paper presents theoretical and empirical convergence between these two constructs from different traditions on the study of human cognition, but whose common aspects will be assessed throughout this work. We analyse the performance of children 8 to 11 years on a task of forming artificial concepts Vygotsky-Sakharov (TFCA) created by the sociocultural school to explore the conceptual thinking and their performance on the Wisconsin Card Sorting Test (WCST), currently used to evaluate some aspects of executive functioning. A moderate correlation were found between the score of the TFCA Sakharov and Vygotsky scale, and WCST dependent variables. The results are consistent with the

Funciones Psicológicas superiores (FPS): la formación de conceptos: La perspectiva vygotkiana puede relacionarse con el dominio conceptual de las FE a través del concepto de FPS (Vygotski, 2000). Las FPS aparecen en una etapa tardía del desarrollo ontogenético y filogenético y dependen de los procesos de mediación de la conducta que tienen un claro origen social. A diferencia de los Funciones Psicológicas Elementales (FPE) estas funciones emergen cuando el sujeto se vuelve capaz de emplear estímulos autogenerados para regular su acción y deja de depender de la estimulación externa. En el transcurso del desarrollo las diferentes FPE se coordinan en un proceso global que posibilita al sujeto el dominio y el control del propio comportamiento dando lugar al surgimiento de la conciencia y esto es posible gracias a la intervención de los signos como mediadores (Vygotski, 2000). En este proceso Vygotski asigna un rol preponderante al lenguaje, al que define como el instrumento mediador por excelencia (Vygotski, 2000). Su investigación sobre la formación de conceptos deja en claro la importancia atribuida

Introducción

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) se define, siguiendo las recomendaciones del DSM-IV-TR, como un cuadro que cursa con una rápida presentación, de horas o días, que se caracteriza por la presencia de cambios en el estado basal del comportamiento del enfermo, acompañado de variaciones en su nivel de conciencia, alteraciones en la percepción y pensamiento desorganizado¹.

Dentro del marco conceptual del SCA existen muchas definiciones. No existe consenso a la hora de denominar el síndrome, y puede aparecer con diferentes denominaciones como síndrome de unidad de cuidados intensivos (UCI), SCA, psicosis funcional, delirio postoperatorio y psicosis cardíaca². Destaca a nivel internacional la establecida por el DSM-IV-TR: «El delirio o síndrome confusional agudo es un grave trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico que se caracteriza por la aparición de alteraciones de conciencia y de las funciones cognitivas y suele tener un curso fluctuante». Es de carácter agudo, se manifiesta habitualmente en horas o días y es de origen orgánico; se produce en el contexto de una enfermedad médica general o a consecuencia del uso o la abstinencia de determinadas sustancias³. Pero en el contexto español, y de unidades de UCI, el término delirio es el más utilizado actualmente, y

medio y largo plazo. Dentro de las complicaciones que se producen a corto plazo se encuentran la autoextubación y la retirada accidental de catéteres⁴. Las complicaciones a medio plazo están en relación con el aumento del tiempo de hospitalización^{5,6} y el aumento del gasto sanitario⁷. Las complicaciones a largo plazo son las alteraciones cognitivas a largo plazo⁸ y el aumento de la mortalidad más allá de 6 meses^{9,10}.

Los profesionales de enfermería de las UCI se encuentran en una posición destacada para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del SCA². Numerosos estudios cualitativos destacan la labor de los profesionales de enfermería especialmente para la aplicación de las medidas no farmacológicas en las UCI¹¹⁻¹³.

El objetivo principal es describir las experiencias de las enfermeras de UCI de adultos en la identificación y aplicación de las medidas no farmacológicas para la prevención y tratamiento del SCA en el paciente crítico.

Como objetivos secundarios se encuentran describir: a) la influencia del medio físico y social; b) la implicación de la familia; c) el aspecto formativo de las enfermeras; y d) la influencia del ciclo sueño-vigilia.

Material y método

experiencias conscientes conllevan conciencia del sujeto que las vive.

Esquizofrenia y la naturaleza de la autoconciencia

Ahora bien, siguiendo la complementariedad disciplinar defendida en la primera sección, en esta sección observaremos cómo la fenomenología asociada a uno de los síntomas que ha guiado el diagnóstico de la esquizofrenia durante los últimos 40 años -los delirios de inserción de pensamiento²³- desafía directamente el enfoque fenomenológico. Los pacientes que sufren este síntoma reportan que un agente externo ha «introducido» en su mente cierto pensamiento^{6,7,29}. El siguiente es un reporte clásico del síntoma:

Thoughts are put into my mind like 'kill God'. It's just like my mind working, but it isn't. They come from this chap, Chris. They're his thoughts²⁹.

En este reporte, el paciente indica que Chris (un presentador de la televisión inglesa) ha puesto cierta idea en su cabeza («Kill God»). Pues bien, existe cierto consenso en la comunidad psiquiátrica y filosófica al indicar que la principal característica fenomenológica de este delirio es que los pacientes no experimentan una sensación de propiedad asociada al pensamiento que ha sido insertado²³; luego el elemento más relevante para nuestro análisis es que este síntoma esquizofrénico reflejaría una anomalía en la manera en que los

authorship (or self-agency) and a misattribution of agency to someone or something else⁷.

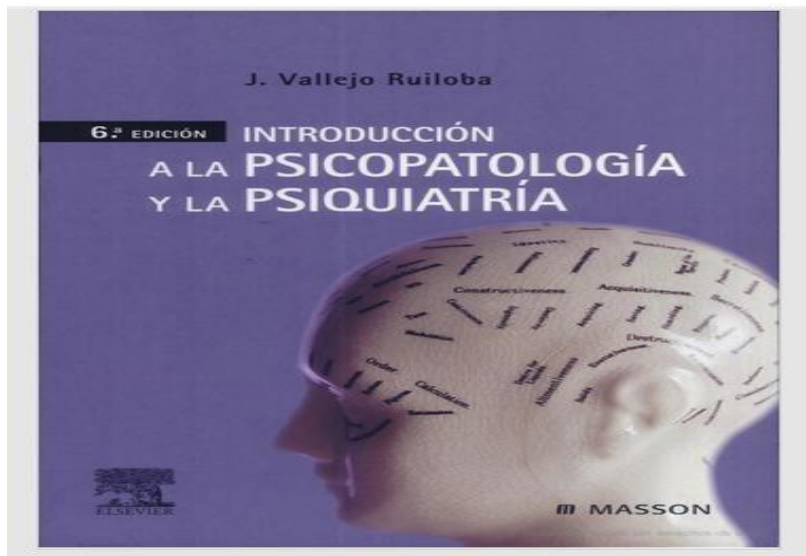
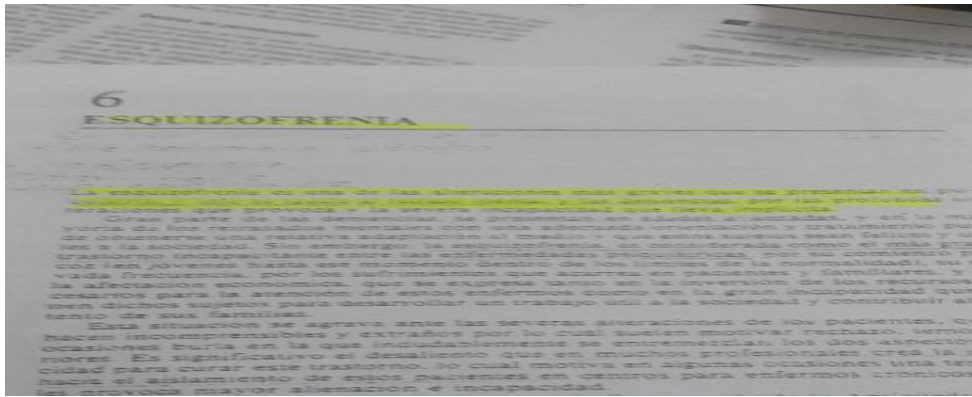
Así, Zahavi intenta salvar su enfoque mediante la reinterpretación de la fenomenología de los delirios de inserción de pensamiento. Sin embargo, esta estrategia parece tener diversos problemas conceptuales y fenomenológicos, lo que demuestra que el progreso de cualquier teoría que intenta lidiar con la naturaleza de la mente debe, necesariamente, incluir los avances de otras disciplinas asociadas a esta empresa para construir explicaciones plausibles.

El primer problema observado es conceptual y se deriva de los análisis efectuados en filosofía de la mente. La sensación de agencia se asocia comúnmente con «causalidad intencional», esto es, al hecho de que los sujetos tienen la intención de pensar cierto pensamiento o idea que es previa a que tal pensamiento ocurra propiamente^{15,30}. Así, cuando alguien no logra identificar tal intención (por distintas razones), no se retendría una sensación de agencia. El problema es que una intención I para pensar P en sí misma requeriría estar precedida por otra intención (I'), dado que I es un tipo de pensamiento. Esto presenta un problema conceptual, dado que I' también es un tipo de pensamiento y todo pensamiento requiere una intención que lo precede (I''), la cual a su vez requeriría una intención previa denominada I''', y así ad infinitum. Luego, si todo pensamiento se explica con base en una intención previa a pensar tal pensamiento, la distin-

- Editar PDF
- Comentar
- Combinar archivos
- Rellenar y firmar
- Enviar para firmar
- Enviar y realizar un seguimiento

Almacene y comparta archivos en Document Cloud

Más información



paciente pueden compartir parte o la totalidad del mismo. Dentro de la nosología clásica este fenómeno se conoce con el nombre de *folie à deux*, mientras que el DSM-III-R lo denomina trastorno paranoide compartido y la CIE-10, trastorno de ideas delirantes inducidas. Cursa sin deterioro ni disociación de la personalidad, siendo característica su irreducibilidad. La conducta del paciente se muestra normal, si no se aborda el contenido delirante. La mayoría de autores consideran que la presencia de alucinaciones invalida el diagnóstico. Es en el delirio paranoico donde, según la terminología de Jaspers, aparece la noción de desarrollo, que implica una exageración en unos rasgos de personalidad previos, sin ruptura biográfica (proceso característico de la esquizofrenia), que siguen manteniendo una lógica formal aplicada a unas bases incorrectas. A nivel clínico es una forma de delirio que, por sus características, es exclusivo de la paranoia.

Delirio sensitivo de relación

Aunque en muchas clasificaciones el delirio sensitivo, descrito por Kretschmer, aparece agrupado en el delirio paranoico, posiblemente por su contenido, su forma es totalmente distinta. Suele aparecer en personas muy sensibles, pusilánimes y fácilmente impresionables, en las que a partir de situaciones con cierta verosimilitud, estíres y agobio desarrollan un cuadro clínico caracterizado por la vivencia de un conflicto entre ellas y el resto del grupo, sintiéndose desplazadas, menospreciadas y con muy baja autoestima. El paciente sufre esta situación de auto y heteromarginación con crítica de la misma, hasta tal punto que sus vivencias son más de ansiedad y depresión que de delirio. No mejoran con neurolépticos y presentan buena respuesta clínica a los IMAO.

Reacciones deliroides

Descritas por Schneider, surgen de un peculiar estado de ánimo, a partir del cual resultan comprensibles su significado y la causa que las precipita. Pueden aparecer incluso en personas que

Al igual que hay diversas formas de delirar, hay también diferentes temáticas delirantes, generalmente no excluyentes puesto que pueden aparecer en varias formas de delirio, pero siempre con algún punto de inferencia que nos ayude a ubicarlas, en las distintas entidades clínicas.

Delirio de persecución

Constituye el tipo más frecuente de delirio en el que el enfermo se siente perseguido y amenazado por personas o entidades públicas, con el fin de hacerle daño a él o a toda su familia. Otra forma sería la persecución a nivel psíquico, en la que el daño infligido al enfermo sería moral, por difamación o desprestigio.

En algunos casos, en especial al inicio, el delirio consiste en sentirse observado, blanco de las miradas de la gente y objeto de comentarios velados o indirectos, lo que le hace sospechar que algo a su alrededor se está tramando en contra suya, pero quedándose por el momento en lo que denominamos delirio de alusión.

Delirio de control

Muchas veces asociado al de persecución, el paciente siente de una forma peculiar que el control y la persecución se realizan a través de sofisticados mecanismos, que en alguna forma modifican su mente, quedando totalmente indefenso ante los agentes amenazantes. El paciente vive de diversas maneras esta agresión hacia su intimidad. Se puede quejar de que le roban el pensamiento, en el sentido más llano de la palabra, lo que describe con tal corporeidad, que en ocasiones puede parecer una seudoalucinación. Otra forma de vivirlo es sentir que le han desposeído de su propia producción mental y todo pensamiento es fruto de una inserción por personas o fuerzas externas. Una forma parecida a la descrita es el control del pensamiento, en el que el paciente sin ser desposeído de su producción mental ha perdido la capacidad de poder sobre la misma. Todas estas formas pueden aparecer de forma

los tipos más frecuentes en la esquizofrenia.

Delirio místico

El paciente se siente encamado en una figura de la religión o en Dios, o se siente un personaje especialmente elegido para llevar a cabo misiones, que giran alrededor de la salvación del mundo o de la necesidad de su sufrimiento en aras de otras personas, asumiendo las responsabilidades y poderes que dicho personaje posee o le han sido concedidas a él en particular.

Delirio de celos

Convicción falsa en un paciente que deriva de los celos patológicos de que la pareja le es infiel. Es frecuente su presencia en el alcoholismo de larga evolución y en la paranoia.

Delirio erotomaniaco

Debemos diferenciarlo del delirio celotípico, ya que aquí no se cuestiona la fidelidad de la persona amada, sino que el paciente se siente amado por una persona de alto rango, que debe ocultar su relación por convencionalismos sociales. Es un delirio más frecuente en mujeres y también es conocido por delirio de Clerambault-Kandinsky.

Delirio de culpa

El paciente se siente indigno y culpable de todos los males que le han acaecido a él o a su familia o a otras personas, lo que justifica su gacoso apego a la vida y su idea de que el tiempo que le queda solo será un infierno merecido en un intento de redimir sus culpas. Junto con el delirio hipocondríaco y el de ruina, es el tema característico en las melancolías delirantes. En estos tipos de depresión, en ocasiones, aparece un delirio paranoide, de escasa entidad, que en la terminología actual sería un delirio no congruente con el estado de ánimo. Pensamos que, si no hay una predominancia y exclusividad del mismo en el cuadro clínico, desde un punto de vista fenomenológico, lo paranoide es secundario a la culpa, y no un delirio que es lógico que estén

peorara más, porque perseran su esposa y los desahucarán, para llegar a un final de convertirse él y toda su familia en unos vagabundos que morirán de inanición.

Delirio hipocondríaco

Nos referiremos en primer lugar a una forma de delirio hipocondríaco, para agrupar las formas clínicas que señalamos en la depresión que es el denominado delirio de negación Cotard. Fue descrito por este autor, en 1880, definiendo como un delirio negativo sistema autónomo. Consiste en un ansia de negación alán nihilista y una actitud de aniquilarse la propia corporalidad. El enfermo refiere que no puede comer, porque desde hace mucho tiempo de su cuerpo se está pudriendo o está muriendo y que cualquier comida es un desperdicio técnico, porque él no puede comer.

Otra forma de delirio respecto al peso es el denominado delirio de ideas posesión zoopática, en la que el enfermo experimenta sensaciones de picor, molestias del cuerpo y tener la impresión de ser rodeado por pequeños animales, que viven en el delirio que puede dar patologías, como la esquizofrenia, con características psicóticas (no es sino un delirio) que no debe confundirse con el delirium microzoopsico. También en forma monosintomática, en mujeres, en cuadros con una demencia.

La vivencia de agresión por agentes extraños, que a nivel cenestopático, como en las sexuales o pérdida de pensamiento, en resumen, de pragra una ideación delirante, generalmente ligada a un referencial de perjuicio.

Delirio megalomanía

CONSEGUIR LIBRO IMPRESO

Ningún eBook disponible

Ed. Médica Panamericana
Amazon.com
Casa del Libro
Libri Mundi
Muchoslibros.com

Buscar en una biblioteca
Todos los vendedores »



0/1 0
★★★★★
1 Reseña
Escribir reseña

Libro de casos de la CIE-10: las diversas caras de los trastornos mentales ...

Escrito por T. B. Deán

Buscar en este libro



PEQUEÑAS COSAS QUE SIGNIFICAN MUCHO

El Sr. Donalds es canadiense y tiene 47 años. Está casado y tiene dos hijos.

Caso. El Sr. Donalds disparó a su mujer y fue acusado de intento de asesinato pero no se le condenó, por haber apreciado locura en la sentencia. Fue llevado de la prisión a un hospital psiquiátrico, en el cual se le obligó a estar ingresado. La enfermedad del Sr. Donalds comenzó 10 años antes cuando comenzó a sospechar de su mujer porque descendió su interés en el sexo. Comenzó a notar "pequeñas cosas" en el hogar y en las conversaciones que fueron ampliando sus sospechas. Por ejemplo, vio las palabras "Hotel Sherwood" escritas en el calendario de la cocina. Había, además, un número que pensó que era de una habitación. El Sr. Donalds se convenció poco a poco de que sus sospechas eran correctas y llegó a la conclusión de que su mujer le era infiel. Más tarde creyó que su mujer estaba embarazada de otro hombre y que ella estaba envenenando la comida para que se quedara dormido por la noche y no mantuvieran relaciones sexuales. Incapaz de soportar la infidelidad de su mujer por más tiempo, cogió un rifle del calibre 22 y disparó sobre ella. Como resultado de esto, fue acusado de intento de asesinato, pero se alegó locura en el momento del delito.

3.3.3. Síndromes del pensamiento y el lenguaje

completa. Junto al delirio de persecución, son los tipos más frecuentes de la psicopatología

Delirio melancólico

El paciente se siente rodeado por una figura de la naturaleza o un objeto, o se siente un personaje inconscientemente obligado para llevar a cabo acciones que giran alrededor de la realización del crimen o de la necesidad de un sacrificio del alma de otras personas, acortando las responsabilidades y poderes que otros personajes poseen o se han sido concebidos a él en particular.

Delirio de celos

Convicción falsa en un paciente que deriva de los celos patológicos de que la pareja le es infiel. Es frecuente su presencia en el alcoholismo de larga evolución y en la paranoia.

Delirio erotomaniaco

Debemos diferenciarlo del delirio celotípico, ya que aquí no se cuestiona la fidelidad de la persona amada, sino que el paciente se siente amado por una persona de alto rango, que debe ocultar su relación por convencionalismos sociales. Es un delirio más frecuente en mujeres y también es conocido por delirio de Clérambault-Kandinsky.

partidarios para poder vivir, y a primera vista, porque perdieron el equilibrio, para llegar a un suceso y todo su familia en una situación de tensión.

Delirio hipocóndrico

Una enfermedad en primer lugar delirio hipocóndrico, por formas clínicas que se refieren que es el denominado delirio de Cornei. Fue descrito por este delirio como un delirio no autónomo. Consiste en un afán hipocondríaco y una actitud de propia corporalidad. El paciente puede comer, porque desde no puede evacuar y tiene la sensación de su cuerpo se está pudriendo. Si el cuadro progresa está muerto y que cualquier es un desperdicio técnico, solución.

Otra forma de delirio es el denominado delirio de posesión zoopática, en la sensación de picor, no el cuerpo y tener la impresión de pequeños animales vivir. Es un delirio que p

CONSEGUIR LIBRO IMPRESO

Ningún eBook disponible

Elsevier España
 Amazon.com
 Casa del Libro
 LibriMundi
 Muchoslibros.com

Buscar en una biblioteca

Todos los vendedores »



10-1-0
 5 ★★★★★
 16 Reseñas
 Escribir reseña

Libro de Casos

Escrito por Robert L. Spitzer, J. B. W. Williams, M. B. First, M. Gibbon, A. E. Gibbon

Acerca de este libro

LA ALUMNA RETRASADA

La Srta. Fielding, una mujer afroamericana de 35 años de edad, soltera, desempleada y educada en un instituto, fue conducida por la unidad móvil de crisis al servicio de urgencias. Fue la hermana de la paciente quien contactó con la unidad móvil, después de haber fracasado en el intento de persuadirla para que acudiera a un psiquiatra de forma ambulatoria. La hermana estaba preocupada por el ritmo de trabajo progresivamente más errático de la paciente y por sus conductas extravagantes desde la muerte de su padre, hace ahora 2 años. La única vez que la paciente había mantenido contacto con psiquiatras fue a través de un breve programa de psicoterapia al que se sometió en su instituto.

La paciente no había vuelto a trabajar después de que la despidieran de su empleo hace ahora 3 meses. Tal y como explicaban su novio y su compañero de piso (ambos vivían con ella), fue mostrando una preocupación cada vez más acentuada por los vecinos de arriba. Unos días antes había aporreado su puerta principal con una vara de hierro sin ningún motivo aparente. Explicó a la unidad móvil de crisis que los vecinos de arriba habían estado atormentándola «accediendo» a sus pensamientos y repitiéndoselos. El equipo de la unidad móvil la remitió al servicio de urgencias para evaluar «un fenómeno de transmisión del pensamiento». A pesar de que negaba tener ningún problema con su pensamiento, confesó que se sentía «estresada» desde que había perdido su

© MASON, S.A. Fotografía de autorización de la Ulla.

21



ACTUALIZACIÓN

Psicosis

N. Freund Llovera^a, P.R. García Ramos^b y A. Ayala Ballesteros^c

^aUnidad de Atención Temprana Joven, Fundación Manantial, Madrid, España. ^bHospital Central de Defensa Gómez Ulla, Madrid, España. ^cServicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España.

Palabras Clave:

- Psicosis
- Dimensional
- Diagnóstico
- Tratamiento

Resumen

La psicosis es una experiencia psicopatológica subjetiva y dimensional. Entre el 13 y el 23% de la población general presentará sintomatología psicótica al menos una vez a lo largo de la vida, y entre el 1 y el 4% cumplirá criterios diagnósticos de un trastorno del espectro psicótico. El comienzo de las manifestaciones clínicas sintomáticas de la psicosis se produce habitualmente en la adolescencia o durante los primeros años de la edad adulta. El diagnóstico de los trastornos psicóticos continúa siendo eminentemente clínico, por lo que resulta de gran importancia conocer cada fase de la enfermedad. El propósito de efectuar un diagnóstico precoz es asegurar que la persona reciba, en cada momento, la intervención terapéutica más apropiada, específica y basada en la evidencia. El objetivo último consiste en mejorar el pronóstico, reduciendo la mortalidad y previniendo la progresión o empeoramiento del trastorno.

de la enfermedad. El propósito de efectuar un diagnóstico precoz es asegurar que la persona reciba, en cada momento, la intervención terapéutica más apropiada, específica y basada en la evidencia. El objetivo último consiste en mejorar el pronóstico, reduciendo la mortalidad y previniendo la progresión o empeoramiento del trastorno.

Keywords:

- Psychosis
- Dimensional
- Diagnosis
- Treatment

Abstract

Psychosis

Psychosis is a subjective and dimensional psychopathological experience. Between 13% and 23% of the general population will present psychotic symptoms at least once over the course of their life, and between 1% and 4% will meet the diagnostic criteria for a psychotic spectrum disorder. The onset of the clinical manifestations of psychosis typically occurs in adolescence or during the first years of adulthood. The diagnosis of psychotic disorders is still eminently clinical. Understanding each phase of the disease is therefore of great importance. The purpose of conducting an early diagnosis is to ensure that the individual receives, at all times, the most appropriate, specific and evidence-based therapeutic intervention. The ultimate objective is to improve the prognosis, reduce mortality and prevent the progression or worsening of the disorder.

Concepto

Definición

La primera mención a la psicosis se realizó en 1845 en el libro de texto Principios de Psicología Médica de Feuchtersleben, como sinónimo de locura. Entre 1849 y 1868 Fleming y Grisinger sugieren que la psicosis tiene una base orgánica y que sólo se puede acceder a los síntomas a través de la neuropatología¹.

E. Kraepelin propuso que la psiquiatría debía estudiarse considerando el sustrato físico de la enfermedad mental, la

cual se expresa a través de alteraciones fisiopatológicas y psicopatológicas del cerebro. En 1893, Kraepelin² utiliza el término "demencia precoz" para unificar la hebefrenia, las demencias paranoides y un variado grupo de paranoia definidas por el contenido delirante en una única entidad clínica, endógena, hereditaria, crónica y deteriorante.

En 1911, E. Bleuler³ llamaría a este grupo de enfermedades esquizofrenia pero, a diferencia de Kraepelin, Bleuler se centra en el estudio transversal de los síntomas y no en el curso de la enfermedad. En 1959, K. Schneider⁴ diferencia la psicosis de las enfermedades mentales y la define como una condición patológica, orgánica y sin continuidad con la nor-

malidad que puede ser diagnosticada a partir de alteraciones psicopatológicas, casi patognomónicas, agrupadas en los síntomas de primer rango.

La evolución de los conceptos fisiopatológicos y los hallazgos biopsicosociales aportados por las neurociencias han permitido una aproximación más amplia del concepto de psicosis y de la esquizofrenia, paradigma de los trastornos psicóticos.

La psicosis es una experiencia psicopatológica subjetiva y dimensional, influenciada por los esquemas cognitivos y socioculturales del individuo, que refleja una naturaleza sindrómica de componentes afectivos, cognitivos, del estilo del pensamiento, de pérdida de las fronteras del yo o de un grave deterioro de la evaluación de la realidad⁵.

Epidemiología

Se estima que entre el 13 y el 23% de la población general presentará sintomatología psicótica al menos una vez a lo largo de la vida, y entre el 1 y el 4% cumplirá criterios diagnósticos de un trastorno del espectro psicótico^{6,7}.

Hay evidencias de que entre el 75 y el 90% de las experiencias psicóticas son transitorias y desaparecen con el paso del tiempo; sin embargo, los síntomas psicóticos transitorios (indicativos de vulnerabilidad) pueden evolucionar a un trastorno persistente y clínicamente relevante, dependiendo del grado de exposición a factores ambientales⁸. Los resultados publicados por van Os et al.⁸ indican que la exposición al cannabis, alcohol y otras drogas psicoactivas, así como los acontecimientos vitales estresantes o traumáticos, se asocian a una mayor prevalencia de síntomas psicóticos subclínicos. El metaanálisis de los datos sugiere que las experiencias psi-

TABLA I

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (DSMV)

Trastorno delirante
Trastorno esquizotípico de la personalidad
Trastorno psicótico breve
Trastorno esquizofreniforme
Esquizofrenia
Trastorno esquizoafectivo
Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos
Trastorno psicótico debido a otra afección médica
Catatonía asociada a otro trastorno mental
Trastorno catatónico debido a otra afección médica
Catatonía no especificada
Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

Etiología

Factores genéticos

Se considera que la esquizofrenia tiene un componente hereditario superior al 80%¹³ y, aunque el modo exacto de transmisión aún se desconoce, muy probablemente sea complejo y no mendeliano. Además, los genes que confieren riesgo para esquizofrenia pueden estar asociados con el trastorno bipolar y otros trastornos psiquiátricos¹⁴.

Los estudios de asociación en el genoma completo (*Genome Wide Association Studies* –GWAS–) que comparan los genomas de miles de individuos sanos y afectados, han encontrado múltiples asociaciones genéticas que incrementan

MISIÓN

La Universidad Técnica de Machala es una institución de educación superior orientada a la docencia, a la investigación y a la vinculación con la sociedad, que forma y perfecciona profesionales en diversas áreas del conocimiento, competentes, emprendedores y comprometidos con el desarrollo en sus dimensiones económico, humano, sustentable y científico-tecnológico para mejorar la producción, competitividad y calidad de vida de la población en su área de influencia.

VISIÓN

Ser líder del desarrollo educativo, cultural, territorial, socio-económico, en la región y el país.

*Av. Panamericana km. 5 1/2 Via Machala Pasaje
2983362 - 2983365 - 2983363 - 2983364*

www.utmachala.edu.ec