UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS IDENTIFICATORIO DE ENTIDAD CLÍNICA SINTOMATOLOGIA Y CAUSALIDAD ETIOPATOGÉNICA DE RELATO ALUCINATORIO DESCRITO EN INTERCONSULTA.

RUIZ KIRBY ANGIE LORET

MACHALA
2016

UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS IDENTIFICATORIO DE ENTIDAD CLÍNICA SINTOMATOLOGIA Y CAUSALIDAD ETIOPATOGÉNICA DE RELATO ALUCINATORIO DESCRITO EN INTERCONSULTA.

RUIZ KIRBY ANGIE LORET

MACHALA
2016

Nota de aceptación:

Quienes suscriben PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER, SANCHEZ PADILLA YADIRA LILIANA y ZAMBRANO CEDEÑO ELECTRA AUXILIADORA, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado ANÁLISIS IDENTIFICATORIO DE ENTIDAD CLÍNICA SINTOMATOLOGIA Y CAUSALIDAD ETIOPATOGÉNICA DE RELATO ALUCINATORIO DESCRITO EN INTERCONSULTA., 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

SANCHEZ PADILLA YADIRA LILIANA
0705349025
ESPECIALISTA 2

ZAMBRANO CEDEÑO ELECTRA AUXILIADORA
0702021551
ESPECIALISTA 3

Machala, 22 de septiembre de 2016

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: .ANGIE LORET RUIZ KIRBY..docx (D21154364)
Submitted: 2016-07-22 03:33:00
Submitted By: angierk384@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

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

El que suscribe, RUIZ KIRBY ANGIE LORET, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado ANÁLISIS IDENTIFICATORIO DE ENTIDAD CLÍNICA SINTOMATOLOGIA Y CAUSALIDAD ETIOPATOGÉNICA DE RELATO ALUCINATORIO DESCRITO EN INTERCONSULTA., 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.

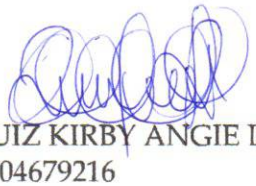
El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las dispociones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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



RUIZ KIRBY ANGIE LORET
0704679216

DEDICATORIA

Posiblemente en estos momentos no entiendas mis palabras, pero cuando seas capaz quiero que te des cuenta lo q significas para mí. Eres la razón de que cada nuevo día me levante a esforzarme por el presente y el mañana, eres mi más grande motivación. Como en todos mis logros, en éste has estado presente ¡muchas gracias hijo mío!

ANGIE LORET RUIZ KIRBY

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme, por hacerme llegar hasta donde estoy y por hacer realidad mí sueño anhelado, a mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional y en especial quiero expresar mi más grande agradecimiento a mi hijo, en él mi más grande sentido de vida.

ANGIE LORET RUIZ KIRBY

RESUMEN

Angie Loret Ruiz Kirby

C.I. Nº 0704679216

Correo: angierk384@gmail.com

El presente trabajo descriptivo de tipo bibliográfico, en su desarrollo contiene, la descripción caracterológica de algunos relatos clínicos en el cual van observarse lo síntomas enunciados, a fin de elaborar una clasificación nosografica de su codificación y frecuencia en el aparecimiento de cuadros patológicos, su construcción textual ha de señalar la relación casuística de las consideraciones relatadas así como el grupo o subgrupo psicopatológico en los cuales se enmarcan además de su similitud en diversos trastornos de cuadro clasificatorio distinto, su abordaje nosográfico ha de suponer gran relevancia en el contexto de la descripción de nuevas enfermedades mentales y la variabilidad clasificatoria a partir de la revisión de su manual diagnóstico, permitiendo así identificar de forma inequívoca la sintomatología de cada trastorno, arribándose a conclusiones significativas que sinteticen el espíritu del escrito.

Palabras Clave: Etiopatogenia, trastorno, semiología, clínica, síntoma.

ABSTRACT

Angie Loret Ruiz Kirby

C.I. Nº 0704679216

Correo: angierk384@gmail.com

This descriptive study of bibliographical in its development contains characterological description of some clinical reports in which the symptoms listed are observed in order to develop a nosographic classification coding and frequency in the occurrence of pathological conditions , construction textual be noted casuistry relationship of considerations related and the group or psychopathological subgroup which also frame their similarity in various disorders qualifier different picture , your nosographic approach has assumed great importance in the context of the description of new mental illnesses and variability qualifying from the revision of its diagnostic manual , allowing uniquely identify the symptoms of each disorder , arriving meaningful conclusions that convey the spirit of writing.

Keywords: Pathogenesis, disorder, semiology, clinical, symptom.

INTRODUCCION

La caracterización del conjunto de signos y síntomas presente en un síndrome o enfermedad está a cargo de la rama de La ciencias médica denominada semiología, la que de acuerdo con Armas (2011), además habrá de encargarse de la clasificación identificadora e interpretativa de las enfermedades; para tal cometido se observan y describe un conjunto de procedimientos pertenecientes al método medico clasificatorio de los diversos cuadros sintomatológicos.

El presente trabajo analítico descriptivo ha de concentrar esfuerzos en la clasificación de un conjunto de signos y síntomas, pertenecientes a determinados problemas de funciones cognitivas, es así que se examinara del cuadro sintomatológico presentado en un caso clínico, cuales son las áreas de las funciones cognitivas afectadas por dicho signos o síntomas, así como en qué tipo de trastornos psicopatológicos suelen aparecer con frecuencias.

Para alcanzar el objetivo planteado en el párrafo anterior se ha de emplear una metodología bibliográfica; en las que se analizara de la literatura psicológica científica existente, concepciones modernas acerca de diagnósticos semiológicos descriptivos de los trastornos.

DESCRIPCIÓN CLASIFICATORIA DE SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

De un grupo de pacientes indeterminados en interconsulta que relatan una serie de eventos que les han venido suscitando de manera recurrente, habrá de caracterizarse la sintomatología representada en sus relatos así como se ha de señalar los trastornos en que pueden ser evidenciados; es así que, entre los se destacan:

En el primero de los relatos analizados se evidencia el desarrollo de un delirio, el cual va a expresarse a forma de ideas extravagantes, en las que, quien relata manifiesta sentirse perseguido por un grupo de doctores, quienes experimentan con lo que él denomina su materia pensante, señala que utilizan aparatos extraños para poder extraerla, continuando el relato expresa que los ve todas las noches cuando los demás residentes de su casa se han dormido, además se han empezado interesar en su órgano reproductor puesto que, este le serviría solo para engendrar monstruos, agrega además que lo han amenazado con cortarle la lengua si relata lo ocurrido, por ello teme que lo mataran por haber llevado el relato a consulta.

Es evidente el curso de un cuadro delirante en el relato del párrafo anterior el cual además del delirio incluye alucinaciones visuales; lo que termina en un alto grado influyendo sobre funciones cognitivas especificas tales como el pensamiento, el juicio y la conciencia, cuyas alteraciones interfieren significativamente sobre la capacidad adaptativa del sujeto, representando un malestar clínico susceptible de intervención psicológico urgente; el contenido de las ideas extravagantes tiene que ver con un temor persecutorio debido a un supuesto conocimiento superior, comprendido respecto de lo que relata en cuanto a su “materia pensante”.

Además expresa como se manifestó ya, alucinaciones visuales, esto termina representando una coexistencia sintomática es decir que, no solo que delata una sensación de persecución con temor de muerte, sino que además ve y de forma muy clara a personas “médicos” de forma que describe el color de las batas que expresa utilizan para sus operaciones quirúrgicas experimentales cuyo objetivo es hacerle daño y manifiesta que lo amenazan reflejando además existencia de alucinaciones auditivas; es decir el delirio así como las alucinaciones manifestadas se circunscriben dentro del marco de un alteración patológica no muy bien definida; dado que aunque pertenece al mismo espectro es decir al espectro del esquizofrenia alteraciones graves de la conciencia que combina las alteraciones anteriormente señaladas, y desconecta al individuo de su realidad; cuya estructuración supone además de la asociación de las dos alteraciones señaladas, una disfuncionalidad de diversa funciones cognitivas,

debido esa desconexión deriva en fluctuaciones de contacto con la realidad, así por ejemplo se puede señalar al pensamiento cuya estructuración se haya desorganizada, además de la memoria por ende el olvido de lo ocurrido en los momentos de desconexión, el lenguaje cuyo simbolismo se enlaza al contexto delirante entre otros.

La evolución sintomática en el relato manifestado alcanza la cumbre en la estructuración de trastornos de pensamiento así como en la esquizofrenia, y trastornos relacionados al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

De acuerdo con Gejman (2011), la esquizofrenia cuenta tanto al delirio como a los trastornos de pensamiento así como las alucinaciones de cualquier tipo entre sus síntomas positivos, y se refiere en cuanto al delirio como una representación mental o un conjunto de creencias extrañas e irreductibles, creencias que no se equiparan con la realidad, las que además son inflexibles es decir el paciente de laguna forma por así decirlo crea una realidad alternativa en relación en cuanto a la sensación de una percepción o estimulación no evidente.

Podría entonces definirse la esquizofrenia como una interpretación fallida o adversa de la realidad, por lo que el individuo afectado experimentara sensaciones ajenas al contexto interactuante además posiblemente experimente percepciones falsas que irán a concatenar un patrón de conductas extrañas y desadaptativas sin finalidad aparente.

No obstante la claridad de lo anterior expuesto resulta interesante lo que con respecto al delirio ira a señalar Diez (2010), pues la determina no como una creencia sino más bien como una conducta intencionada; y supone que el carácter de intencionalidad la diferencia precisamente de la creencia, es decir la conducta derivada de la esquizofrenia no surge de una ideación sino mas bien y en concordancia con lo señalado anteriormente con una interpretación.

Por tanto aunque con una forma de conceptualización diferente su perspectiva no es errónea dado que en el delirio la conducta tiene un fin, pero esa finalidad se la otorga el pensamiento alterado, es decir y aunque suene a ironía el pensamiento manipula la conducta, entendiéndose por lo tanto que dicha conducta se ira a direccionar hacia el cumplimiento de un principio placentero determinado por una alteración cognitiva capaz de manipularla, dicho de forma más simplificada la interpretación fallida que hace el sujeto acerca de su realidad determinaran su forma comportamental, aunque la diferenciación entre creencia y conducta intencionada pueda resultar útil sobre todo en el contexto de un debate legal.

Al respecto Palencia (2008), argumentara que el delirio no solo forma parte de un cuadro clínico como asociado a una psicopatología, sino que en sí mismo es un trastorno de carácter neuropsiquiátrico cuyo origen se hallaría en lo orgánico, además se ve expresado en alteraciones de la consciencia lo que en concordancia con lo expuesto en el párrafo anterior va a determinar la forma perceptual del sujeto afectado.

En resumen el diagnostico al que ha de arribarse de lo obtenido del relato, es el de un trastorno del espectro esquizofrenia, con contenido de ideas paranoides.

Entre tanto otro paciente se presenta interconsulta bajo la siguiente referencia sintomática:

El paciente manifiesta la sensación de voces que le hablan desde dentro de su cabeza, en las que siente además que cuando aparecen dejan un olor a hierba quemada; con respecto a las sensaciones vivenciadas por la paciente Caponni (1987), señalara que son evidencia de alucinaciones de dos tipos o niveles, la primera de tipo auditiva, de las que clasifica como de no común, en donde el contenido verbal suele ser bastante desagradable.

Mientras que la segunda hace referencia a una alucinación de tipo olfativa, de la misma manera expresa suelen ser desagradable, y es evidenciado en el manifiesto de la paciente que señala es un olor putrefacto.

Las alucinaciones suelen aparecer en el transcurso de algunos trastornos con especial énfasis los de tipo psicótico como los relacionados al espectro de la esquizofrenia los cuales de acuerdo al DSM-5 (2014), incluye trastornos como el esquizofreniforme, así como la esquizofrenia en sí, trastornos delirantes y se incluye además un trastorno de personalidad el de tipo esquizotipico y otros trastornos psicóticos.

Cabe mencionar que se incluyen dentro de un mismo espectro de diagnóstico, debido al rasgo sintomatológico que comparten, es decir el delirio; aunque algunas también comparten las alucinaciones tal es el caso de la esquizofrenia y el trastorno delirante no obstante se diferencian en el contenido de la alucinación, dado que mientras el trastorno delirante puede manifestar alucinaciones, las que han de considerarse por decirlo de alguna forma simétrica en su contenido al delirio es decir la alucinación se corresponde con el delirio, por ejemplo en un delirio de grandeza la idea delirante puede ser el poseer un conocimiento superior, la alucinación se corresponderá al visualizar imágenes donde se es percibido como un gran conferencista, o en el caso de alucinaciones auditivas podría interpretar escuchar voces de aliento, no sucede así

en la esquizofrenia en la que, en primer lugar deben coexistir paralelamente ambos delirio y alucinación y segundo estas pueden verse totalmente desorganizadas.

Dentro de las alucinaciones la función psíquica especialmente damnificada será la conciencia, dado que se esboza aquí una grave pérdida de contacto con la realidad, puesto que estos accesos se dan sin necesidad de estímulos ambientales.

Además, otra de las funciones ejecutivas afectadas será la sensopercepcion, puesto que se experimenta sensaciones inexistentes que van a ser interpretadas o conceptualizadas (percibidas) como reales, es decir organiza de manera esquemática un contenido alterado.

En tanto que, otro de los pacientes ira a relatar ciertos cambios en cuanto a su percepción de sí mismo y refiere al respecto, que cuando se ve al espejo tiene la sensación de haber cambiado de no ser quien era anteriormente, percibe que su rostro se modifica continuamente con el pasar de los días la impresión que tiene de su rostro es que su lado izquierdo se alarga.

Aparece aquí lo que en concordancia con Romero(2016), tomando las consideraciones del DSM-5 denominan trastornos disociativos, el cual cuenta como característica relevante la despersonalización es decir la sensación de haber escindido su cuerpo, haberse mudado de piel encontrarse en un cuerpo extraño el cual no le pertenece, o la sensación de que alguno de los miembros de su cuerpo a sufrido una especie de mutación, ello ha de redundar en algunas ocasiones en delirio de contenido paranoide.

Este conjunto de caracteres fenomenológicos es equiparable a los que aparecen en aquellas películas de ficción como la del Dr. Jekill y Mr. Hyde dos personalidades opuestas compartiendo un mismo cuerpo.

Los tratarnos disociativos van entonces a compartir el rasgo de la escisión corpórea o desvanecimiento, entre los destacables trastornos perteneciente a este subgrupo nosografico se hallan pues, el trastorno disociativo de la personalidad o de la identidad, el cual es equiparable al fenómeno de la personalidad múltiple señalado en el párrafo anterior, en él se ha de apreciar una especie de coexistencia de dos o más personalidades claramente definidas, las cuales irán a irrumpir la estructura personológica principal, que a modo de fuga le permite a la otra u otras identidades acceder a su realidad, a modo de mecanismo de defensa con el cual pretende deshacerse de un peligro supuesto que le ofrece la realidad.

Un fenómeno parecido se halla en el trastorno de amnesia disociativo, una especie de olvido selectivo ante eventos tan traumáticos que pretenden no ser recordados, en ese lapso entre el acceso al olvido y la toma de conciencia de su realidad han de emerger múltiples situaciones que irán incluso en desmedro de su integridad, este es otra especie de mecanismo de defensa muy comparable al de la represión un olvido motivado por la experiencia traumática.

No obstante de ser un rasgo común de la mencionada clasificación nosografica, la despersonalización va a ocupar un apartado particular dentro de la misma clasificación.

Esto se debería a que aunque forme parte del cuadro sintomatológico de los anteriores trastornos mencionados, puede incluir sintomatología no compartida que permite su diferenciación

Lo evidente de este fenómeno es esa especie de huida del sujeto a fin de abandonar la angustia, creando una resignificación de su identidad que el permita aunque de forma temporal afrontar olvidar el trauma.

No obstante la despersonalización también puede ser vista como un síndrome psicológico y en referencia al tema Cruzado (2013), manifiesta que más que un síntoma es un conjunto de síntomas, que ha de representarse a modo de síndrome; es decir es un cuadro sintomatológico o trastorno psicológico independiente aunque forma parte de un cuadro nosografico, o asociado a diferentes trastorno sobre todo de tipo disociativo, dado que este tipo de trastornos se desapegan de la funcionalidad interpretativa contextual.

Esta psicopatología representa al igual que la alucinación o el delirio una pérdida de contacto con la realidad de su contexto conteniendo implicaciones de varias funciones de las psíquicas siendo la principal función ejecutiva damnificada en la afectación producida del trastorno es la conciencia, comprendiendo que es una función involucrada con la confrontación de la realidad y su interpretación, es decir se encarga de la conceptualización de lo percibido para generar la respuestas apropiadas a la situación en curso.

Además y coincidiendo con lo señalado por Sar (2012), los trastornos disociativos, involucran a prácticamente todas las funciones cognitiva, por tanto su remisión es poco probable; y es que en trastornos como la amnesia disociativo no solo es la conciencia sino que se adhiere la memoria y el juicio como funciones cognitivas afectadas.

La despersonalización no es un síntoma independiente, sino que se podría señalar como producto final de una serie de síntomas que además interfieren en diversas funciones cognitivas, por ejemplo el pensamiento, la memoria, el juicio que son solo alguno de los elementos intervinientes.

Cabe destacar que tal fenomenología suscita gran atención por su variabilidad caracterológica súbita, o sea que de forma espontánea y rápida varía en su curso lo que podría derivar en cuadros confusionales.

Por lo que es necesario considerar entre otros aspectos la estructuración personológica de cada sujeto.

Algunos autores entre ellos Diez (2013), por casos concretos en los que los pacientes han experimentado la sensación de que una parte de su cuerpo de forma extraña y repentina crece anormalmente, fenómeno comparable al de la protagonista d la fábula infantil Alicia en el país de las maravillas, le han denominado con el mismo nombre, fenomenología tanto extraña, que su prevalencia es incierta en tanto que su etiología es múltiple.

Para compresión y síntesis conclusiva de lo hasta aquí expuesto y en cumplimiento con lo enmarcado a la descripción etiopatogenia de los hallazgos realizados en los relatos analizados; se desarrolla la siguiente clasificación nosografica del contenido de los mismos:

Primer paciente:

Forma sintomatológica; delirios y alucinaciones,

Funciones psíquicas principalmente afectadas son:

Conciencia debido fluctuaciones en perdida de contacto con la realidad, además el pensamiento, función afectada en la forma de estructuración de ideas y su organización, el juicio, función ejecutiva involucrada principalmente con la toma de decisiones, agregar además la memoria por los espacios o fluctuaciones entre lucidez y episodios patológicos, así como sensopercepcion tanto por la forma de percibir su entorno como la interpretación que da del mismo así como la sensación que deviene de la misma.

Forma de aparecimiento:

Este tipo de alteraciones psicopatológicas son especialmente frecuentes en, trastornos del espectro de esquizofrénico y otros trastornos psicóticos

Segundo paciente:

Sintomatología: Alucinaciones de tipo visual y auditivas.

Funciones psíquicas afectadas: Conciencia; dado que las alucinaciones son la percepción de un estímulo inexistente, además la sensopercepcion debido a que las alucinaciones no devienen de un estímulo ambiental sino más bien son producto de experiencias internas.

Presentación o aparecimiento:

La sintomatología presentada suele manifestarse a modo de comorbilidad en trastornos del espectro de la esquizofrenia incluyendo los trastornos delirantes, además d trastornos psicóticos inducidos por consumo de sustancias.

Tercer paciente:

Sintomatología: despersonalización, sensación de pérdida o fragmentación del cuerpo o parte de él.

La principal función psíquica afectada es, la sensopercepcion debido a que el individuo pierde la sensación de haber perdido algo de sus características físicas así como una percepción distinta de quien es.

Presentación: generalmente la despersonalización está asociada a los trastornos disociativos, entre los cuales aparecen por ejemplo la personalidad disociativo o como le denominan algunos, personalidad múltiple, la fuga disociativo entre otros.

Así pues la clasificación psicopatológica descrita señala las consecuencias de los signos y síntomas expresados en los relatos ya descritos, cabe además destacar que en cualquier caso aun de forma temporal las enfermedades o síndromes mentales descritos pueden compartir rasgos psicopatológicos, al punto que su diferenciación se desprende del predominio de uno de los síntomas asociados.

Por tanto no es de sorprender incluso la comorbilidad o coexistencia de patologías duales que resultaran de compleja descripción y análisis diagnóstico.

A fin de facilitar la diferenciación diagnostica del apartado clasificatorio se hará necesario revisar unos cuantos conceptos de lo planteado en la clasificación, para ello se iniciara de la forma siguiente:

Trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos:

En torno a la nueva clasificación de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos tras la mudanza del DSM-IV al DSM-5, Rus (2014), habrá de señalar que dentro de la categoría ahora denominada trastornos del espectro esquizofrénico, amplio su conceptualización con el fin de describir diferentes conocimientos acerca de la psicosis definiéndolos desde la lógica de la organización de las diversas patologías aquí agrupadas.

En cuanto a los trastornos relacionados al consumo de sustancias habrá que señalar que revisando la nueva categoría ahora llamada trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos Becoña(2014), manifiesta que esta nueva denominación de categoría ha permitido incluir trastornos que en el anterior manual diagnostico pertenecerían a otra categoría así por ejemplo sucede con el juego, antes considerado un trastorno de control de los impulsos hoy incluido en este apartado, además se incluye a la cafeína con incitador de patologías dándole su propia denominación y codificación.

Ahora bien habrá de ocuparse de la categoría diagnostica restante; es decir los trastorno disociativos, que al igual que la clasificaciones anteriores se agrupan en relación a un rasgo sintomático común el cual de acuerdo con Romero (2016), señala como una desintegración o irrupción en la conciencia de agentes ajenos a la personalidad que deriva en la escisión personológica del sujeto, es decir es una especie de división entre el acceso a la realidad y los deseos propios que en procura de defensa prefieren dividirse y enfrentar el evento de forma dividida; es como una especie de refugio hacia un evento demasiado traumático como para ser soportado.

Lo discernido hasta ahora demuestra como rasgos caracterológicos de una determinada instancia psicopatológica puede influir sobre diversas categorías diagnostica; señalar del mismo modo que en general los trastornos más grave un comparten un característica común y es la representación de síntomas positivos y síntomas negativos.

Es evidente que cada vez que el manual diagnostico DSM sufre una nueva revisión ha de implicar cambios de categorización partiendo de la observancia de patrones con rasgos sintomáticos característicos que al parecer o guardan semejanza o bien se complementan como por ejemplo se observa en el trastorno delirante, trastorno categorizado dentro del espectro esquizofrénico, en él se evidencia una complementariedad entre los llamados síntomas positivos es decir delirio y alucinación.

Esto redunda en la especialización de interpretación de dicho manual pues las variaciones a las que está sometido generalmente se deben a la ampliación de conceptos respecto de un trastorno o enfermedad mental, esta redefinición de conceptos modifican su categorización, puesto que, como se observó ocurrió con el juego la re categorización supuso que as allá del manejo o control de impulso es la compulsión de su conducta lo que determina su estado.

A ello se debe la clasificación etiopatogenia realizada en el cuadro Nº1 el cual expresa la sintomatología causal de un determinado trastorno, en virtud del requerimiento de la identificación de semejanzas caracterológicas de un conjunto de trastornos o síndromes.

A lo anterior cabe agregar, que aun cuando existe una clarificación clasificatoria determinados síntomas pueden ser comunes a múltiples categorías nosografica, el develamiento inferencial ha de estar determinado por el rasgo o síntoma característico predominante en dicho trastorno.

A lo expuesto hasta ahora vale señalar que la configuración sintomática de un trastorno obedece de entre otros factores a la predisposición personológica así como a posibles antecedentes familiares, claro esta estos factores son solo influyentes mas no determinantes ya que para que los síntomas desarrollen un cuadro psicopatológico habrá que observar factores desencadenantes, dado que la literatura moderna establece que gran parte de los rasgos pertenecientes a enfermedades físicas y mentales están intrínsecamente coexistiendo con cada uno de los individuos que conforman la sociedad incluso se ha llegado a presumir que algunos de estos rasos generarían mayor eficacia en alguno de los aspectos configurativos de la personalidad.

Verbigracia de aquello son las personas que a decir de algunos autores conservan rasgos psicóticos son grandes líderes y que en el campo ocupacional son altamente competitivos.

Esto es preciso describirlo debido a que una característica o rasgo personológico o conductual apegada a un cuadro psicológico no determina la funcionalidad del sujeto sino que su funcionalidad se ha de determinar por factores motivacionales muchas de las veces intrínsecos en otras ocasiones ambientales.

Habría de señalarse además que las categorías nosológicas aquí identificadas son las de mayor cronicidad, y las de peor pronóstico a la hora del diagnóstico, aunque claro cada regla tiene su excepción y dentro de cada una delas categorías señaladas

pueden existir un brote sintomatológico emergente desencadenado por agentes estresores, y que luego se han restablecer hacia la funcionalidad cotidiana.

Y es que el desequilibrio personológico o emocional es inherente al desarrollo, ello ha de implicar atravesar por crisis, y serán en mucho de los casos quienes fungen de desencadenantes de la enfermedad.

Por lo descrito, se puede señalar que los criterios o pautas diagnosticas para la identificación de un trastorno no solo observan la presencia de un cuadro sintomatológico, sino que pone especial énfasis en la funcionalidad adaptativa cada persona dado que si es capaz de adaptarse idóneamente al entorno en el que va desenvolverse, la sintomatología si bien no ha de desaparecer (o en alguno de los casos no por completo)pues no interfiere con su bienestar integral que lo que al final ha de interesar en el desarrollo del concepto de salud mental.

CONCLUSIONES

El análisis descriptivo realizado a los relatos expuestos, derivan en la observación de varios criterios capaces de ser motivo de estudio es por ello que se ha de arribar a las cuantiosas conclusiones siguientes:

La diversidad sintomatológica compartida entre categorías diagnosticas obligan a la identificación de un síntoma predominante que explique la entidad clínica a la que obedece.

La etiopatogénesis de los diversos trastornos mentales son múltiples, por tanto en lugar de escudriñarse sobre el brote sintomatológico habría que abocar conocimiento sobre el desencadenante de tal trastorno.

En los relatos descritos existe una característica sobresaliente, se trata de las alucinaciones, considerado en muchos de los trastorno como un síntoma positivo.

La revisión del manual diagnostico psiquiátrico ha redundado en la recategorización de algunos trastornos y la inclusión de otros, que por su novedad diagnostica no hayan aun tratamiento.

Las consideraciones para la revisión del manual diagnostico psiquiátrico DSM obedece a la ampliación de los criterios para el diagnóstico de enfermedades mentales verbigracia lo ocurrido con la categoría del espectro esquizofrénico.

La variabilidad personológica de cada sujeto va incidir positiva o negativamente sobre la configuración sintomatológica de los trastornos.

Los criterios diagnósticos para cualquier trastorno no han de basarse en la observancia sintomatológica, sino que habrá de la afectación sobre la capacidad adaptativa de la persona.

Determinados rasgos o características de un determinado trastorno especialmente de tipo psicótico no determinan la evolución hacia un cuadro psicopatológico.

Finalmente cabria expresarse que más importante que la patología en cuestión en la forma de afrontamiento y el desarrollo de redes de apoyo las que determinarán el pronóstico evolutivo de los trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

Armas, R. (2011). La enseñanza de la semiología. *Rev Med Chile*.

Association, A. (2014). *Guia de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5.*

Becoña, E. (2014). Trastornos relcionados con sustacias y trastorno adictivos . *Revista iberoamericana de psicosomatica* .

Capponi, R. (1987). *psicopatologia y semiologia psiquiatrica.* Chile.

Cruzado, L. (2013). Despersonalizacion: mas que un sintoma un sindrome . *Revista Neuropsiqiatr*.

Diez, A. (2010). Creencia y delirio. *Asoc.Esp.de Neuropsiq*.

Díez, S. (2013). Sindrome de laicia en el pais de las maravilas . *SEAPA*.

Gejman, P. (2011). La etiología de la esquizofrenia. *MEDICINA (Buenos Aires)*.

Palencia, E. (2008). Delirio en el paciente crítico. *Med Intensiva*.

Romero, M. (2016). Una revision de los trastronos disociativos: de la personalidad multiple estres postraumatico. *anales de la psicologia* .

Rus, M. (2014). Esquisofrenia y otros trastornos psicoticos en el DSM-5. *Neuro-Psiquiat*.

Sar, V. (2012). trastorno de identidad disociativo: Diagnostico, comorbilidad, diagnostico diferencial y tratamineeto. *Revista Iberoamericana De Psicotraumatologia y Disociacion*.