

LA PSICOSIS Y SUS MODALIDADES



INDEPSI

Aun cuando Psicosis es un vocablo genérico para designar las afecciones mentales, las “locuras o demencias”, en la práctica clínica su uso designa a un conjunto de perturbaciones de las funciones psíquicas que impiden que un organismo pueda cuidar adecuadamente de sí mismo, controlar sus impulsos establecer un correcto juicio de realidad, tener conciencia de sus propias alteraciones y/o convivir razonablemente con los otros.

En términos fenomenológicos decimos: falta de noción de enfermedad, presencia de lenguaje comunicativo, detenimiento en el desarrollo personal e impermeabilidad a la propia experiencia y a la experiencia de los demás; y dinámicamente hablando: perturbación severa en el juicio de Realidad y en la Función de Identidad. Generalmente, el término psicosis se utiliza con un adjetivo que indica la naturaleza (constitucional, funcional, reactiva), la etiología (infecciosa, tóxica, asociada a trastornos endocrinos, etc.), o un carácter predominante de la afección (ansiosa, alucinatoria, paranoidea, etc.).

Una primera aproximación a las Psicosis, nos permite dividirlas en Psicosis de Base Orgánica y Psicosis Funcionales.

PSICOSIS DE BASE ORGÁNICA

Corresponde a un conjunto de trastornos causados por un deterioro subyacente del cerebro: tumores, deterioro, trauma cefálico, etc., cuyos efectos repercuten en una desorganización de la personalidad, pérdida del juicio de Realidad y de la función de Identidad. Esta categoría es parte de los Síndromes Orgánicos Cerebrales, y pueden ser Agudas o Crónicas. Los síntomas más comunes son: confusión y desorientación, deterioro en funciones cognitivas superiores: memoria, atención, concentración. Dificultades de aprendizaje, y acentuación de rasgos de personalidad

Agudos: Los síntomas son transitorios (delirio, estupor, coma), causados por un agente tóxico o infeccioso (L.S.D., alcohol, meningitis), que actúa momentáneamente alterando el comportamiento y la personalidad del sujeto

Crónicos: Síntomas permanentes y de difíciles perspectivas de mejoría. Suelen “empeorar” hacia un deterioro progresivo de las funciones intelectuales, normas, valores y principios, estructura de personalidad, vida afectiva y adaptabilidad social.

Algunos ejemplos de Psicosis de base orgánica son: las psicosis preseniles y seniles, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick

PSICOSIS FUNCIONALES

Son graves trastornos de la conducta, en los que la disfunción cerebral es secundaria o subsiguiente a la enfermedad psíquica; no hay causas físicas bien definidas ni cambios estructurales en el cerebro, y su etiología es aún imprecisa (hereditarias, bioquímicas, neuropatológicas, dinámicas, familiares), pero se caracterizan por un marcado deterioro de la personalidad y la pérdida de contacto con la realidad.

Las diversas clases de Psicosis funcionales comprenden la Esquizofrenia y sus cuatro subtipos clásicos, los trastornos efectivos y las reacciones paranoicas.

La Esquizofrenia: El paciente empieza a distanciarse del mundo real y a vivir su propia fantasía (predominio de Pensamiento Primario sobre el Secundario), a veces de un modo lento e imperceptible, o en crisis agudas y pasajeras (“brotes”), las que si se repiten a menudo terminan por deteriorar las relaciones de éste con el mundo. Se producen alteraciones de la percepción (alucinaciones) y del pensamiento (ilusiones). Sin embargo, no hay un deterioro de la inteligencia, ésta se conserva, pero el enfermo no está interesado en relacionarse con el medio ambiente. Este desinterés es la causa de que no se le pueda convencer de que sus ideas fantásticas son falsas. Lo que se le dice no encuentra eco en él, porque vive completamente en su fantasía y ha renunciado a las relaciones interpersonales (conducta autista). Técnicamente, los síntomas primordiales son: la angustia, el descuido por la imagen personal, el desgano, la desconcentración primaria, la pérdida de la propositividad vital, los profenómenos, la falta de noción de enfermedad y un lenguaje comunicativo (y no denotativo).

Esquizofrenia simple: Embotamiento emocional y apatía. Preocupación por una vida de fantasías, ausencia de ilusiones y alucinaciones, pérdida de contacto con la realidad. Automatización y desinterés por los objetos, apagamiento y distanciamiento de los vínculos, con una sensación de vaciamiento de la personalidad.

Esquizofrenia hebefrénica: El enfermo manifiesta afectos tontos e inadecuados (como inexplicables risitas) y conducta extravagante (manerismos y gestos raros). Están preocupados por fantasías e ilusiones de índole fluida y mutable. Son más activos que los esquizofrénicos simples; frecuentemente pasean de acá para allá, parlotean de modo incoherente, acunan neologismos y hacen extrañas combinaciones de palabras (“ensaladas verbales”). Suelen realizar impulsivamente actos agresivos y (destruyentes, acompañados por risitas incontrolables).

Esquizofrenia paranoidea: Las ilusiones son sus rasgos más sobresalientes (delirios, percepción psicótica). Estas falsas creencias son ordinariamente de índole persecutoria y/o de grandeza, pero no están sistematizadas ni tan estructuradas como en los estados paranoides. Las alucinaciones (especialmente, auditivas) son comunes, y suelen ser pacientes más inteligentes. De aparición más tardía (35-40 años), conservan mayor contacto con la realidad que otros cuadros, lo que facilita el tratamiento. y les da un mejor pronóstico relativo.

Esquizofrenia catatónica: El paciente muestra una “retirada” de su relación con el mundo. un volcarse a otra parte (gradual o brusco). En estos estados, suelen tener alucinaciones extrañas o de grandeza; y alternan estados de estupor y de excitación, con episodios de relativa adaptación. Durante el estupor, se observa negativismo, mutismo y negativa a comer. Adoptando en ocasiones una posición desmañada. y/o flexibilidad cética. Durante el estado de excitación, el paciente se ve agitado, agresivo, destructor o maníaco, pareciendo externamente que obedece a motivadores internos de lógica y representación mental autistas.

Trastornos Afectivos: Cuadros donde el “humor” (depresión-euforia) constituye el principal desorden. Estos cambios pueden afectar: la cualidad (manía-depresión). la intensidad (depresión normal. neurótico, psicótica). la duración o la reactividad (endógena, situacional, reactiva).

En todos estos casos implican una pérdida del contacto con la realidad, alteraciones en la función de identidad, y la posibilidad de producción psicótica.

Los cuadros más comunes son: La Depresión, la Reacción Maníaco-Depresiva (Depresión polar - bipolar - monopolar) y las psicosis involutivas (melancolía involutiva).

Reacciones paranoides: Cuadros psicóticos caracterizados por ilusiones (delirios, ideas delirantes, percepción delirante, etc.) bien sistematizadas, organizadas, relacionadas lógicamente, y muy bien defendidas y conservadas por el paciente. Estas falsas creencias son de grandeza y/o persecución, pero el paciente mantiene estable su área de funcionamiento y su personalidad en otros sectores. De formas rígidas de conducta, suelen caracterizarse por la hipersensibilidad interpersonal, reflejada en su relación con los

otros. Estos pacientes suelen criticar duramente a los demás y atribuirles malas intenciones.

Se distinguen dentro de las reacciones paranoides La PARANOIA y los estados Paranoides (estados intermedio entre la paranoia y la esquizofrenia paranoidea).

Recientemente la psiquiatría escandinava ha introducido un nuevo grupo, el de las “Psicosis Reactivas”. pero dicha denominación ha sido puesta en duda por algunos tratadistas y no es válida en determinados países. Según sus creadores, constituyen un grupo distinto de las psicosis maníaco-depresivas y las esquizofrenias. Están relacionadas en su curso y evolución a un desencadenante psicológico, siendo un hecho biográfico el que determinará el inicio y la conflictiva que presentará el paciente.

CUADRO SINOPTICO PSICOSIS	
Orgánicas Psicosis alcohólicas Psicosis asociadas a: infección intracraneal otras enfermedades cerebrales afecciones somáticas	Funcionales Esquizofrenia: Simple Hebefrénica Catatónica Paranoide
Demencia presenil Demencia senil	Trastornos efectivos: Depresión Psicosis maníaco-depresiva Psicosis involutivas
Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Pick	Reacciones paranoides: Paranoia Reacción paranoidea
	Psicosis reactivas

En: <http://www.alsf-chile.org/articulos-clinicos.html>

Volver a Artículos Clínicos

Volver al Newsletter N° 4

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.