

# Esquizofrenias

## Notas clínicas

### Historia

Antecedentes del concepto de Esquizofrenia.

### Hebefrenia de Hecker

Eclosión en la pubertad. Su estado terminal permite calificarlo como “estupidez” hebefrénica. Tendencia a la actividad exagerada y a menudo extravagante, conducta errática y absurda con tendencia al vagabundeo, extravagancias, de carácter cambiante, relato pueril (humoradas bobas, elucubraciones fantásticas pueriles). Anomalías en la construcción de frases, modo de expresión y lenguaje descendido bastante por debajo del nivel de educación alcanzado previamente. Propensión a desbordes verbales, frases huecas y ampulosas. Aparición precoz de “debilitamiento intelectual”.

### Catatonía de Kahlbaum

Recibe el nombre de su alteración motora: “locura del tono muscular”.

- Síntomas psíquicos:
  - Patetismo (exaltación teatral, forma de éxtasis religioso trágico). Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del discurso.
  - Verbigeración: emisión repetida de palabras y frases desprovistas de significación.
  - Mutismo: síntoma opuesto al anterior.
  - Negativismo.
- Síntomas somáticos.
  - Flexibilidad cética.
  - Accesos epileptiformes o histeriformes.

### Kraepelin y la demencia precoz

Considera que la enfermedad mental se individualiza y define por su evolución: el verdadero diagnóstico es el que permite un pronóstico preciso, sólo la evolución puede confirmar el diagnóstico y por lo tanto fundamentarlo (la enfermedad sólo puede ser definida por su estado terminal).

Demencia precoz : estado mórbido que implica un menoscabo marcado de la vida afectiva y de la voluntad que evoluciona hacia una disgregación completa de la personalidad.

Pérdida de la dirección sobre la voluntad y la capacidad de actuar en forma independiente. Pérdida de la unidad interna de las actividades del intelecto, de las emociones y de la voluntad (en sí mismas y entre unas y otras). Equivale a la pérdida de la coordinación intrapsíquica de Strassler y al trastorno de las asociaciones de Bleuler.

### Formas clínicas

- Hebefrénica : postpuberal, puerilismo, pasividad, comportamiento inadecuado, acentuada disgregación de la personalidad.
- Catatónica
- Paranoide : gran actividad delirante alucinatoria.

### Parafrenia

Algunos la conceptualizan como una forma paranoide atenuada.

Parafrenias:

- no presentan empobrecimiento afectivo ni trastorno de la voluntad
- armonía interna de la vida psíquica bastante conservada
- inicio en la vida media

- desarrollo lento y continuo de persecución y de exaltación.

Formas clínicas:

- Sistemática: inicio insidioso de un delirio de persecución progresivo + ideas de exaltación sin decaimiento de la personalidad. Luego se agregan alucinaciones auditivas e ideas de influencia. Pragmatismo laboral conservado
- Expansiva: megalomanía exuberante con exaltación del humor, erotomanía (s/t en mujeres), también ideación delirante mística, aparición más precoz de alucinaciones y alteración pragmática pero se conserva un comportamiento dócil y razonable sin desintegración de la personalidad.
- Confabulatoria: seudorecuerdos, experiencia delirante de índole extraordinaria, ideas de persecución, reinterpretación de su biografía, descendencia de la realeza o personajes históricos.
- Fantástica: delirios exuberantes, extraordinarios, inconexos y cambiantes, ideas de persecución, viajes extraordinarios.

Independencia nosográfica controvertida: un seguimiento en 1921 comprobó que 40% desarrollaron signos claros de demencia precoz. Cobró fuerza la idea de que sería una variante de la esquizofrenia que compromete menos la personalidad por su edad de comienzo tardía

### **Bleuler y la esquizofrenia**

Introduce el término en 1911 Diferencia con Kraepelin: privilegio del cuadro de estado intentando determinar los elementos de éste que permiten hacer el diagnóstico precozmente sin necesidad de esperar la evolución. Critica concepto de Demencia Precoz: no todos llegan a deterioro, si llega no siempre lo hace precozmente. Pone de relieve la escisión (Spaltung) como trastorno fundamental de la esquizofrenia. En su opinión la escisión de las funciones psíquicas es una de las características más relevantes, concepto ya presente en la obra de otros autores:

- Stransky (ataxia intrapsíquica)
- Chaslin (locura discordante)

Pese a utilizar el término en singular para él es evidente que se trata de un grupo que incluye varias enfermedades. Concepto que vuelve más imprecisos los límites con los trastornos de la personalidad y con la normalidad, permitiendo que los pacientes sean considerados personas menos extrañas y cercanas a la experiencia normal (esquizofrenia latente).

Definición : grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces está marcado por ataques intermitentes, pudiendo detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa restitutio ad integrum. Presenta un tipo específico de alteración del pensamiento, afectos y relación con el mundo exterior que no aparece en ningún otro trastorno bajo esta forma particular. Trastorno en la unidad de la persona: insuficiente integración de los diferentes impulsos, las ideas se elaboran parcialmente y se pone en relación de una manera ilógica a fragmentos de ellas para constituir una nueva idea. Alteración en el proceso de asociación: opera con meros fragmentos de ideas y conceptos llevando a asociaciones extrañas e imprevisibles; bloqueo: detención o cese del flujo de pensamiento en el intento de pasar a otra idea, afloran nuevas ideas que ni el paciente ni el observador pueden relacionar con la corriente anterior de pensamiento. No hay una alteración primaria de la percepción, orientación ni memoria. Afectividad : carente de expresión emocional, respuestas afectivas exageradas, inadecuada. Síntomas accesorios que tienen su carácter esquizofrénico específico: delirios, alucinaciones, confusión, estupor, manía, melancolía, síntomas catatónicos.

### **Síntomas fundamentales**

Presentes en todos los casos y durante todos los períodos de la enfermedad.

## Tip

AAAA: asociación, afectividad, ambivalencia, autismo.

### **Trastorno de la Asociación**

Rotura del hilo asociación por lo que el pensamiento se hace ilógico, el pensamiento opera con ideas o conceptos no relacionados o que tienen relación insuficiente con la idea principal, y que por lo tanto deberían ser excluidos del proceso mental.

Bloqueo : pérdida de todos los procesos asociativos, actividad asociativa parece hacer un alto brusco y completo: “cierre de una llave de paso”. Al reanudarse la corriente de pensamiento las ideas que surgen guardan escasa o nula relación con las precedentes, a veces el paciente lo atribuye a influencia extraña. Conexiones accidentales, condensaciones, asociación por el sonido, asociaciones intermedias, persistencia de la idea (estereotipias).

### **Trastorno de la Afectividad**

Más grave : desaparición de las emociones. Menos grave : indiferencia afectiva Alteración en la coherencia de la manifestación afectiva, inadecuada o incongruente en relación al relato. Alteración en la modulación afectiva (afectos aparecen rezagados con la idea y pueden prolongarse patológicamente)

### **Ambivalencia**

Otorga a los contenidos psíquicos un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo. Afectiva : coexistencia simultánea de sentimientos agradables y desagradables. Voluntad (ambitendencia) : actos que no alcanzan su finalidad.

### **Autismo**

Desapego de la realidad junto al predominio, absoluto o relativo, de la vida interior. Equivale a Freud (autoerotismo), Janet (pérdida de la función de lo real).

Formas más graves: suspenden contacto con el mundo exterior y se encierran en sus deseos o se ocupan de las tribulaciones de sus ideas persecutorias.

Formas menos graves: mantienen capacidad de desenvolverse en el mundo exterior pero ni la evidencia ni la lógica influyen sobre sus esperanzas o ideas delirantes.

### **Síntomas accesorios**

Pueden faltar en ciertos períodos o nunca estar presentes / otras veces pueden dominar el cuadro clínico. Pueden aparecer también en otras enfermedades pero exhiben peculiaridades que sólo se hallan en la esquizofrenia. Con frecuencia le proporcionan el sello externo al cuadro clínico poniendo de manifiesto la psicosis, alertando al entorno familiar y requiriendo la atención psiquiátrica. síndrome delirante alucinatorio / alteración de lenguaje y escritura / síntomas somáticos y catatónicos / síndrome de alteración de conciencia

### **Subgrupos**

#### **Paranoide**

Inicio x lo general gradual, desrealización y despersonalización, autorreferencia (relaciona c/ él sucesos completamente neutros). Al principio puede dudar pero luego las ideas delirantes alcanzan total certeza y credibilidad. Al delirio se agregan AAV y somestésicas, crisis de EPM. En otras, inicio súbito: “rayo en cielo despejado”, buscar siempre prodromos sutiles, oscilaciones prominentes a línea de base y alejamiento de ésta, ideas persecutorias, de grandeza, eróticas.

## **Catatónico**

Por lo gral inicio por EPM / pasaje de estupor a estados catalépticos / también puede empezar por un síndrome paranoide / raro curso crónico, por lo general periódico.

## **Hebefrenia**

Característica tendencia al deterioro y la “demencia” / para Bleuler la cuestión de la edad es irrelevante / sería una categoría residual donde previamente hay que descartar otros subtipos.

## **Simple**

Debilitamiento afectivo e intelectual progresivo / deterioro de la voluntad, capac de trabajo y cuidado de sí mismos / evolucionan a “demencia” grave KAPLAN : pérd insidiosa del interés, motivación, ambición e iniciativa Se encuentran poco en hospitales : vagabundos, jornaleros, criados / excéntricos, salvadores del mundo.

## **Minkowski**

Considera que la perturbación esencial de la esquizofrenia es la pérdida de contacto vital con la realidad, no el trastorno asociativo. Esquizoidismo vs sintonía Vínculo entre los temperamentos y las constituciones y su relación con la patología / previo al inicio manifiesto de la psicosis, en el pasado del individuo, se proyectan los rasgos esenciales de ésta : las cosas son así porque ya lo eran anteriormente Conceptos emparentados con esquizofrenia latente de Bleuler y esquizoidismo de Kretschmer

El maníaco depresivo permanece sintónico respecto al ambiente mientras que el esquizofrénico ya no lo es (incapaz de vibrar al unísono c/ el ambiente y permanecer en contacto vital con la realidad).

La enfermedad no ataca tal o cual función, sino a su cohesión, a su juego armonioso de conjunto : así lo revelan Chaslin (discordancia), Stransky (ataxia intrapsíquica), Kraepelin (pérdida de la unidad interior), Bleuler (esquizofrenia) Metáforas : “máquina sin combustible” (Chaslin) / “libro desprovisto de encuadernación” cuyas páginas están mezcladas y en desorden, pero sin que ninguna falte (Anglade).

## **El autismo**

No trata de adaptarse a la realidad, por el contrario, está apartado de ésta / opuesto al pensamiento realista que trata de adaptarse a la realidad tratando de alcanzar el máximo de valor pragmático “No busca ni ser comunicado a los demás de una manera comprensible, ni dirigir la conducta conforme a las exigencias de la realidad. Sólo tiene un alcance subjetivo; sirve sólo al individuo y únicamente cuando está apartado de la realidad; así puede hacer uso libremente de signos y de procedimientos especiales, que pueden volverlo más rápido, más cómodo, más apropiado a los caracteres particulares de los complejos que expresa”

Crow

Subtipos no son identificados por el cuadro clínico de estado sino por otras medidas clínicas o biológicas como la respuesta al tratamiento o la evidencia de alteraciones estructurales del cerebro

- Síntomas (+): alucinaciones, delirio, trast formales del pensamiento, buena respuesta a NL.
- Síntomas (-): aplanamiento afectivo, pobreza del discurso, apatía, retraimiento social, respuesta nula o pobre a NL.

Escalas para determinar ambos tipos de sínt : SANS - SAPS / PANSS

Crow : en crónicos : resistencia a los efectos de drogas de tipo anfetamínico / trast cognitivos / aumento del tamaño ventricular en la TAC / marcados sínt negativos 1980 :

- (a) sd tipo I : “esquizofrenia aguda” : síntomas positivos / alt en transmisión dopaminérgica / potencialmente reversibles / predictores de buena respuesta al tto NL / pueden ser seguidos x el desarrollo de sd tipo II o presentarse combinados
- (b) sd tipo II : “estado defectual” : síntomas negativos / asoc a trast cognitivos y cambios estructurales del cerebro / por lo gral indican irreversibilidad y mala evolución a largo plazo / pobre resp a NL

## Encare

### Agrupación sindromática

#### Síndrome disociativo-discordante

Ambos términos son equivalentes y califican el mismo fenómeno mórbido que consiste en la descomposición (ruptura, disociación) de la vida psíquica, con pérdida de la integración armónica de los campos constitutivos de la persona, afectando conducta, humor-afectividad y pensamiento, que se manifiesta al observador por 4 síntomas capitales:

- **Impenetrabilidad:** hermetismo y tonalidad enigmática que caracteriza al desorganizado mundo del sujeto por lo cual no se encuentra sentido a sus expresiones. Pensamiento oscuro, enmarañado, incoherente, caótico, con pérdida de la secuencia asociativa lógica, con pararrespuestas, alteraciones fonéticas, sintácticas y semánticas, neologismos. Reacciones afectivas incomprensibles, inmotivadas, respuestas emocionales paradójales.
- **Desapego:** vuelta del sujeto sobre sí mismo, con abandono a la ensoñación interior, en la cual afectos e intereses no se vuelcan en la realidad. Ambos síntomas (impenetrabilidad y desapego) evocan la retracción a un mundo autista. A nivel del lenguaje, se produce un desvío de su legítima función, no estando destinado a establecer contacto con el entrevistador. Incapacidad de vibrar con el relato, dificultad en el encuentro. Indiferencia. Grado máximo de desapego: atimormia (desinterés afectivo, apariencia desvitalizada, inercia aparente, interrupción del continuo intercambio entre el mundo y el sujeto).
- **Ambivalencia:** antagonismo simultáneo y sucesivo de 2 experiencias contradictorias sin que el paciente capte contradicción alguna, objetivable por terceros, lo que configura una ambivalencia psicótica. **Ambitendencia:** ambivalencia conductual.
  - **Extravagancia:** carácter insólito, bizarro e incomprensible para el observador de conductas, palabras y afectos expresados. Manifestaciones paradójicas y desconcertantes.

#### Tip

IDEA: Impenetrabilidad Desapego Extravagancia Ambivalencias

Estas alteraciones nos muestran una ataxia intrapsíquica, hecho fundamental de la discordancia del pensamiento, en la cual, pese a la no existencia de un déficit intelectual, está profundamente alterado el uso y la eficacia de sus operaciones intelectuales.

#### Síndrome catatónico

Máximo de discordancia en la psicomotricidad. CINE MIE

- **Catalepsia:** plasticidad, rigidez, fijación de actos o perseverancia de actitudes (impuestas o espontáneas), flexibilidad cérea.
- **Inercia:** actitudes de pasividad y automatismo, latencia en las respuestas, obediencia automática. Sugestionabilidad: ecomimia, ecopraxia, ecolalia.
- **Negativismo:** conductas de rechazo, mutismo, oposición al entrevistador, rechazo de alimentos.

- Estupor: máximo de inhibición psicomotriz. Pérdida de la iniciativa motriz sobre el cual se instalan impulsiones, episodios excitomotrices heteroagresivos en cortocircuito: disminución de reactividad al entorno se caracteriza por lo enigmático y absurdo.
- Manierismos: tonalidad de afectación teatral, patetismo: paramimias, risas inmotivadas.
- Impulsiones: actos incoercibles que escapan al control del paciente: hetero o autoagresivos, defenestración, fugas, verbales. Son inmotivados, incompatibles.
- Estereotipias: conductas caracterizadas por la iteración: de movimientos, de actitudes, lenguaje (verbigeración), de conductas.

### **Síndrome delirante o síndrome de alteración del pensamiento**

En lo formal: incoherente, sin finalidad, con pérdida de la secuencia asociativa lógica. Interceptación: alto brusco y completo de la actividad asociativa. Conexiones accidentales, asociación por el sonido. Estereotipias (persistencia de la idea). Fading mental.

En el contenido: conformando un síndrome delirante que se manifiesta por ideas mórbidas incompatibles, irreductibles a la lógica, carentes de juicio de realidad y que le generan conductas.

- A temática: persecutoria, de daño y perjuicio, mística, megalomaniaca, transformación corporal, higiene, influencia, posesión.
- A mecanismo: intuitivo (se le aparece como verdad revelada), interpretativo (percepciones reales que el paciente interpreta a la luz de sus propias convicciones), alucinatorio (eco, robo, adivinación, enunciación de

comentarios o actos, anticipación de actos, órdenes).

- Sistematización: mala. Sus componentes no guardan una lógica, presentan movilidad, carácter cambiante y mínima organización, sin progreso discursivo, carencia de hilo argumental, por lo cual decimos que corresponde a una estructura paranoide.

En lo conductual: conductas generadas por el delirio (auto y heteroagresividad, etc.)

Dentro del síndrome delirante puede formarse un:

### **Síndrome de automatismo mental**

Dado por la pérdida de la intimidad del espacio intrapsíquico, en su forma de triple automatismo, conformado por fenómenos de desdoblamiento alucinatorio del pensamiento que se imponen a la conciencia del sujeto a pesar de su yo, dado a nivel:

- Sensorial: sensaciones parásitas (alucinaciones psicosensores, visuales, cenestésicas, táctiles, gustativas). Fenómenos sensoriales puros, anideicos. Triple automatismo:: motor, ideico e ideoverbal (elocución, ideación, formulación ideoverbal espontánea, articulación verbal forzada) Desdoblamiento mecánico del pensamiento:: eco del pensamiento, eco de la lectura, comentario de actos. Pueden ser anticipados, simultáneos o retardados con respecto al acto. Pequeño automatismo mental:: emancipación de abstracciones, "nebulosa anticipada de un pensamiento indiscernible"

### **Síndrome de Influencia o control externo**

El individuo se siente manejado, influido por fuerzas externas a él.

### **Síndrome de despersonalización**

Pérdida del sentido de familiaridad de la persona consigo misma y con el entorno, que afecta la integridad somática corporal, la identidad y la conciencia del yo y que acompaña a la expresión de extrañeza e incluso de cambio total del mundo exterior.

- Alteración del esquema corporal: alucinaciones somatognósticas, ilusión de desplazamiento o distorsión, metamorfosis segmentarias, miembros fantasmas.

- Desrealización: cambio de ambiente, falta de familiaridad con el ambiente.
- Desanimación: sentimiento de vacuidad, sin vida. Tendencia al autoanálisis (signo del espejo).

### **Síndrome del humor y la afectividad**

Humor oscilante, lábil, humor inadecuado, inadaptado (discordancia). Exaltación, oscilante de acuerdo al contenido temático. Ansiedad.

### **Síndrome deficitario social**

En el corte longitudinal pragmatismos. Retracción social de X evolución, con abandono de metas y proyectos de futuro, con pérdida de relación con sus amigos y familia con deterioro en su actividad como ser social. Déficit de rendimiento como persona social (CB y Prg).

### **Síndrome conductual**

Conductas que motivan el ingreso: impulsión catatónica, comando alucinatorio, IAE.

### **Personalidad y nivel**


Nivel: buen nivel y rendimiento, hasta que se produce un corte.


Personalidad premórbida: deben confirmarse datos con terceros ya que no es un paciente confiable. Esquizoide. Corte existencial: cambio de conductas con introducción lenta en un mundo cada vez más personal que lo lleva en X tiempo a un deterioro social.

### **Diagnóstico positivo**

#### **Nosografía clásica**

#### **Esquizofrenia**

Psicosis: 

Psicosis crónica: 

Esquizofrenia: síndrome disociativo-discordante o elementos de síndrome catatónico, impregnado de elementos disociativos discordantes. Síndrome delirante de estructura paranoide expresado sin calor afectivo. Corte existencial a los X años con ruptura histórico-biográfica. Curso progresivo deteriorante con elementos de retracción a un mundo autista.

Además: edad, AF de esquizofrenia, leptosómico, personalidad previa esquizoide.

#### **Estadio**

En período de estado: por estar el SDD ya instalado, porque su relación con el mundo no ha claudicado en su totalidad.

#### **Tipo clínico**

1. Hebefrénico: Adolescente o adulto joven (15-25 años), SDD, jovialidad pueril, desorganización conductual, irresponsables, imprevisibles, rápido deterioro, no predomina el delirio (transitorio y fragmentario).
2. Catatónico: Según el síndrome catatónico. Cuadro de inercia sobre el que sobrevienen bruscos brotes de impulsividad. Estuporosa (reacciones violentas), agitada (violencia extrema), catanismo (discordancia PM).
3. Paranoide: > 20 años (adulto joven), cuadro centrado en el delirio paranoide, aunque existen elementos DD, pese al tipo de evolución no existe deterioro marcado.
4. Simple: Pérdida insidiosa del interés o motivación, ambición o iniciativa.
5. Indiferenciado CIE-10, DSM, sin claro predominio de ningún tipo.

Según el caso clasificar con criterios de esquizofr (+) ó (-) Estado Descompensada: por presentar alteración de las conductas basales, empeoramiento en pragmatismos, oscilaciones o alteraciones del humor.

### **Descompensada**

Está descompensado debido a:

- aumento de productividad delirante con elementos paranoides, de influencia.
- incremento en el monto de agresividad: impulsión catatónica.
- exacerbación de sintomatología: delirante, catatónica. trastornos conductuales.

### **Causa de descompensación**

- abandono de medicación
- stress psicosocial
- evento vital desfavorable

### **DSM IV**

#### **Esquizofrenia**

- 2 ó más : delirios / alucinaciones / discurso desorganizado / comportamiento desorganizado o catatónico / sínt negativos (aplanamiento afectivo / pobreza del discurso / apatía / retraimiento social) . disfunción social / ocupacional
- > 6 meses
- exclusión de : trastorno humor, esquizoafectivo, alt médica, sustancias (posibilidad de plantear dx diferenciales con otros trast de eje I : humor – c/ síntomas psicóticos -, esquizofreniforme, psicótico breve, delirante, esquizoafectivo, trast médico, sust)

#### **Tipo**

- Paranoide
- Desorganizada
- Catatónica
- Residual
- Simple
- Indiferenciada

#### **Especificadores**

De curso longitudinal:

- episódico (con o sin síntomas residuales)
- continuo
- episodio único (en remisión parcial/total)
- menos de 1 año desde el inicio de los síntomas de fase activa

Otros especificadores:

- con síntomas negativos acusados

#### **Trastorno esquizoafectivo**

Trastorno Esquizoafectivo:

- En algún momento: episodio afectivo + criterio A de esquizofrenia
- En el mismo período: 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones en ausencia de síntomas afectivos (para descartar Episodio Afectivo con síntomas psicóticos).
- Síntomas afectivos durante una parte sustancial del total de la duración (fases activa y residual) de la enfermedad (para descartar síntomas afectivos puntuales en una Esquizofrenia).



- Descartar sustancias y enfermedad médica.

Especificadores: tipo bipolar o tipo depresivo.

Según Kaplan: todo trastorno "cuyo síndrome clínico quedaría tergiversado si se considera sólo como una Esquizofrenia o solo como un Trastorno del Estado de Animo". También según Kaplan: Esquizoafectivo parecería ser el diagnóstico más apropiado ante la duda con una Esquizofrenia.

### **Diagnóstico diferencial**

- Con PDA: consideramos que se trata de un brote delirante, descompensación aguda de una enfermedad crónica. Hay SDD, hay períodos intercríticos no libres de síntomas, presenta un curso progresivo deteriorante.
- Con EPA en determinada patología.
  - Con causas orgánicas de delirio
  - Secundario a consumo de sustancias.
- Con otros delirios crónicos:
  - Paranoia: que descartamos ya que la paranoia presenta un delirio sistematizado, expresado con calor afectivo, de estructura paranoica y en la cual no existe una evolución deficitaria con retirada a un mundo autista como en nuestro paciente.
  - Parafrenia: que descartamos porque la parafrenia se caracteriza por un pensamiento paralógico, fantástico, a mecanismo imaginativo, pero s/t por el mantenimiento de los pragmatismos, sin deterioro, con la característica bipolaridad con la que coexisten el polo delirante y el polo adaptado a la realidad (edad 30-35 años).

Otros:

- Psicosis Infantil: que descartamos porque no existe una evolución deficitaria con retirada a un mundo autista como en nuestro paciente. Puede plantearse con Psicosis Infantil (DSM : trast generalizado del desarrollo) si se sospecha inicio muy temprano.
- RM: como comorbilidad. La esquizofrenia es 3 veces más frecuente que en la población general.
- Depresión psicótica
- Trastorno obsesivo-compulsivo (vs máscara obsesiva en una esquizofrenia)

Diferencial con respecto a la forma clínica de esquizofrenia.

### **Diagnóstico etiopatogénico y psicopatológico**

Es una enfermedad multifactorial:

#### **Biológicos**

Genéticos: familiares de primer grado riesgo aumentado para el desarrollo de la enfermedad.

Biotipológicos: leptosómico de Kretschmer.

Bioquímicos: alteración/disregulación dopaminérgica en el sistema mesolímbico-cortical ( de sensibilidad de receptores postsinápticos de dopamina) que explicarían la acción de los neurolepticos. También se postula alteración a nivel de los receptores de serotonina que explicaría la acción de neurolepticos de nueva generación.

Anatómicos: vinculados a formas deficitarias, con anomalías estructurales inespecíficas en la TAC y RNM con de ventrículos laterales / PET y SPECT ( utilización de glucosa por el cerebro y valorac del flujo sanguíneo ) muestran hipoactividad en lóbulo frontal y actividad anormal en varias áreas del cerebro.

#### **Psicológicos**

Personalidad premórbida esquizoide

## **Social**

Lo que haya en su historia personal que actuaría en un terreno vulnerable. Factores de relación con el medio familiar, más vinculado a las recaídas que al debut.

En la causa de descompensación:

- Abandono de medicación
- Empuje evolutivo de la enfermedad
- Estrés psicosocial

## **Psicopatología**

Para el psicoanálisis, significa una regresión (regresión narcisista de la libido) y fijación a etapas pre-genitales del desarrollo psicosexual, con utilización de mecanismos de defensa psicóticos, de negación de la realidad proyectando la angustia en el delirio. Se trataría de una pérdida de la autonomía narcisista del yo, vinculada a una falla en las identificaciones primarias.

Para Jaspers, la esquizofrenia es un proceso que cambia la estructura con fragmentación y creación de nuevo estado de personalidad con ruptura histórico-biográfica de la existencia.

## **Paraclínica**

El diagnóstico es clínico. Historia anterior: corroborar curso de la enfermedad, rendimiento pragmático / tratamientos recibidos y respuesta a ellos, grado de adhesión al tratamiento, comunicación con el psiquiatra tratante.

## **Biológico**

Valoración general, s/t neurológica y fondo de ojo.

TAC: aspecto estructurales.

Valoración pre-ECT para descartar contraindicaciones: ECG y consulta con cardiólogo para descartar IAM reciente y arritmias inestables.

Examen neurológico completo con fondo de ojo para descartar hipertensión endocraneana por masa supratentorial.

RxTx FyP para descartar aneurisma de aorta.

## **Psicológico**

Profundizar en los datos aportados por el paciente.

Superado el cuadro actual: test de personalidad proyectivos y no proyectivos, test de nivel.

Apreciaremos el grado de psicoticismo, así como ansiedades primitivas.

## **Social**

Adquiere jerarquía y empezar por él si sólo hay datos aportados por el paciente. Consentimiento informado para la realización de ECT.

Despejar temores, explicar riesgos, beneficios y efectos secundarios.

Historias anteriores, medicación recibida y respuesta a ella, períodos intercríticos con nivel de adaptabilidad socio-familiar. Vínculos con los otros familiares, funcionamiento dentro del hogar. Impulsiones.

Valoración de la red de apoyo psicosocial (A.S. – citar flia) y manejo de recursos emocionales de la flia con vistas al alta.

## Tratamiento

Internación: en hospital psiquiátrico.

Justificación: por intenso cuadro delirante alucinatorio, con peligro para sí mismo y para terceros, para continencia int. y/o ext. Visitas: restringidas a familiares más aptos.

Destinado a:

1. Cuadro actual: Bps, compensación orgánica.
2. Largo plazo: bPS, si bien mantendremos antipsicóticos a dosis mínimas eficaces de mantenimiento, será fundamentalmente psicosocial, destinado a actuar sobre los pragmatismos y reinserción social.

Equipo multidisciplinario. Visitas continentadoras.

Catatónico: reposición del punto de vista general: hidratación nutrición.

## Cuadro actual

### Biológico

#### Note

Según situación clínica valorar inicio c/ APS típicos o atípicos

Primera línea Como medicación principal usaremos un antipsicótico siendo de primera elección el uso de antipsicóticos atípicos, proponiendo el uso de Risperidona, con antagonismo a nivel de receptores 5HT y acción selectiva a nivel del sistema límbico, con similar efecto antipsicótico que los neurolepticos incisivos clásicos pero con menor incidencia de efectos secundarios extrapiramidales, síndrome neuroleptico maligno (ver encare), disquinesias tardías e hiperprolactinemia (con el beneficio de menor alteración a nivel cardiovascular, sobre todo en personas arias). Comenzaremos con 1 mg c/12 horas el primer día, pasando a 2 mg c/12 horas el segundo día, siendo la dosis habitual ente 2 a 4 mg/día, pudiendo llegar a 6 mg/día. Dosis superiores hacen que éste antipsicótico tenga un comportamiento similar a los neurolepticos típicos.

De requerir medicación IM, proponemos haloperidol: neuroleptico incisivo, antidelirante, 5 mg i/m c/12 hs (H 8:00 y H 20:00). Estaremos alertas a la aparición de efectos secundarios extrapiramidales (rigidez, rueda dentada, bradiquinesia, temblores). Si aparecen, concentraremos las dosis en la noche ya que durante el sueño éstos no se producen. Si con esta medida no podemos controlar-los, agregaremos antiparkinsonianos de síntesis tales como el Biperideno 2 mg v/o H 8:00 y H 14:00. Lo agregaremos de entrada si existen AP de parkinsonismo o efectos secundarios o AF de enfermedad de Parkinson.

En caso de tratarse de un hombre joven < 35 años, hay > riesgo de distonía aguda: actitud expectante. Si aparece: 5 mg i/m de Biperideno, con lo que calma inmediatamente, manteniéndolo cada 8 horas x 24-48 horas y luego pasaremos a v/o al tiempo que ® el Haloperidol a dosis mínima eficaz.

Agregaremos antiparkinsonianos de síntesis tales como el Biperideno 2 mg v/o H 8:00 y H 14:00. Lo agregaremos de entrada si existen AP de parkinsonismo o efectos secundarios o AF de enfermedad de Parkinson.

### Sedación

Preferimos las benzodiazepinas

- Clonazepam (Rivotril) 2 mg c/8 (control de impulsos y sedación)

- Lorazepam (Ativan) vía I/M

De segunda línea

- Levomepromazina: 25 mg i/m H 8:00 y 50 mg i/m h: 20:00.
- Clorprotixeno

### *Insomnio*

Para insomnio: Flunitrazepam 2 mg v/o h:20:00.

### *Continuación*

Si el cuadro no mejora, no apareciendo autocrítica delirante, agregaremos a los pocos días otros 5 mg IM de Haloperidol H 14:00.

Al lograr la estabilización de los síntomas, pasaremos la medicación a v/o a igual dosis, lo que equivale a una ② de la dosis del punto de vista de la biodisponibilidad.

### *ECT*

Si a los 10-15 días no existe mejoría considerable del cuadro delirante alucinatorio, indicaremos ECT a realizar por psiquiatra y anestesta. Realizaremos una sesión día por medio, con oxigenoterapia, monitoreo ECG y EEG con barbitúricos de acción corta y curarizantes como la succinilcolina... (resto del papo).

Importa destacar que se trata de un tratamiento de segunda elección que procurará atacar el síndrome delirante, intentando ② dicha sintomatología no teniendo incidencia en el proceso crónico.

### *Trastorno esquizoafectivo*

Pauta similar, agregando las pautas de tratamiento de los Trastornos Afectivos (estabilizadores del humor en el subtipo bipolar, antidepresivos en el subtipo depresivo). Antipsicóticos atípicos, preferencialmente.

### *Refractariedad*

En caso de tratarse de un paciente que no ha mostrado respuesta a 2 antipsicóticos diferentes usados por tiempo adecuado (6 semanas) a dosis adecuada, puede plantearse el uso de Clozapina. La misma conducta se adoptará en caso de reacciones adversas intratables provocadas por antipsicóticos convencionales.

Su mecanismo de acción tiene la particularidad de presentar menor afinidad por los receptores D2 que los NL típicos. Tiene un bloqueo D1 equivalente a D2, y además bloquea los receptores 5HT<sub>2</sub>, con mayor especificidad por los D2 del sistema meso-límbico, por lo cual no solo son extremadamente raros los ES extrapiramidales sino que la presencia de éstos con otro antipsicótico puede ser una indicación para el uso de Clozapina (especialmente en el caso de la Disquinesia Tardía).

El uso de Clozapina requiere de una valoración clínica y paraclínica previa con controles sistemáticos a nivel hematológico por el riesgo de agranulocitosis (2% en el primer año de tratamiento, reversible si se suspende el tratamiento en forma precoz): hemograma semanal por 18 semanas, luego mensual. La agranulocitosis, efecto secundario idiosincrático, en un 75% de los casos aparece entre las semanas 4 y 18. También serán excluidos aquellos pacientes con AP de crisis comiciales por la posibilidad de descenso del umbral convulsivo.

La valoración pretratamiento incluye: anamnesis (AP de agranulocitosis por drogas, alteraciones en la médula ósea. AP de convulsiones) y paraclínica: hemograma c/fórmula leucocitaria normal. Se incluye además una evaluación cardiológica.

Debe valorarse previo al inicio la posibilidad de cumplimiento, ya que en caso de abandono mayor a 48 horas, debe comenzarse de nuevo con el esquema inicial.

Contraindicaciones:

- AP de agranulocitosis por drogas
- recuento leucocitario bajo ( $< 3.500$  GB)
- trastornos en la médula ósea
- uso concomitante de otro supresor de la médula ósea (ejemplo: carbamazepina).

Precaución en el uso concomitante con medicamentos que bajen el umbral convulsivo (fenotiazinas).

Posología : inicio por 25 mg / día probar tolerancia (sedación y P.A.) y aumentos diarios de 25-50 mg hasta 300 / día en 7-14 días. Eficacia antipsicótica entre dosis de 300 y 450 mg/día. Dosis máxima recomendada 600 mg, aunque a veces se requieren hasta 900

Efectos secundarios por acción sobre receptores muscarínicos, adrenérgicos, anti H1:

- Hipotensión ortostática en administración inicial: tomar precauciones si hay administración concomitante de anticolinérgicos, hipotensores, BZD
- convulsiones, ef 2º dosis dependiente, riesgo por encima de 450 mg, agregar valproato siempre (anti-convulsivante que no aumenta riesgo de agranulocitosis) / riesgo : enf cerebral previa - dosis : 4-5
- sialorrea : reducir dosis, titulación lenta / dormir sobre toalla / dosis bajas de amitriptilina (10 a 25) o clonidina
- sedación y fatiga : usualmente transitorio / reducir dosis, titulación lenta / descartar interacc c/ OH u otras drogas / concentrar mayoría de dosis en la noche
- aumento de peso (por antagonismo 5HT)
- hipotensión : usualmente transit / ojo ancianos y cardiópatas / titulación lenta / educación
- taquicardia
- leucocitosis

Psicoeducación : reporte inmediato de cualquier sg de infección.

Monitoreo:

- monitoreo leucocitario : semanal en 1ª 18 sem / luego mensualmente / 4 sem post depot
- si disminuye x debajo de 3500 o hay sgs de infección repetir urgente / si se interrumpe y el nº de leucocitos no baja de 3000 ni neutrófilos de 1500 se puede reiniciar con esquema inicial / si encontramos leucocitos entre 3 mil-3500 o neutrófilos entre 1500-2 mil realizar 2 hemogramas por semana

## **Psicosocial**

Entrevistas frecuentes para control evolutivo, pro-moviendo una relac individualizada médico-paciente, tratando de ser flexibles ante un pte hostil y negativista

Laborterapia intrahospitalaria ni bien mejore su contacto con la realidad.

Psicoeducación de la familia: con explicación del pronóstico, jerarquizando la importancia de la familia en cuanto a su participación en controles, medicación y detección de sintomatología temprana de descompensación y efectos secundarios.

## **Alta**

Otorgaremos el alta hospitalaria cuando haya retrocedido el cuadro delirante alucinatorio, sabiendo que la remisión puede ser parcial.

Controlaremos semanalmente en policlínica e iremos espaciando los controles según la evolución hasta hacerlo mensualmente.

## **A largo plazo**

### **Biológico**

Antipsicóticos: al principio con igual dosis con la que tuvo mejoría, ya que el ingreso al hogar puede significar un estrés importante.

Si se trata de un paciente con bajo perfil de cumplimiento, si bien preferimos la medicación v/o que nos permite un mejor manejo de la dosis, indicaremos previo al alta NL de depósito como:

- Decanoato de Haloperidol 50-100 mg c/21 días i/m
- Palmitato de Pipotiazina 50 mg i/m cada 4 semanas.

Controlaremos la aparición de efectos secundarios extrapiramidales y el recrudecimiento de su sintomatología delirante, Eventualmente y según la evolución agregaremos antiparkinsonianos de síntesis y/o benzodiacepinas, sustituyendo a la levomepromacina, ya que preferimos no asociar dos neurolépticos en el tratamiento crónico.

A largo plazo valoraremos la disminución de la medicación hasta dosis mínima eficaz (luego del 1º año asintomático).

### **Psicosocial**

Realizaremos entrevistas de apoyo, conectaremos con talleres grupales y comunidad terapéutica para rehabilitación y resocialización.

Dada la fragilidad de estos pacientes y su baja tolerancia a las exigencias debemos ser cautos y gradualistas en las metas planteadas.

Si trabaja: destinado a mantener el pragmatismo laboral y mejorar los otros. La rehabilitación es fundamental en el pronóstico actuando sobre el retraimiento y los elementos negativos de discordancia. Procuraremos la mejoría de su funcionamiento global, buscando proporcionarle un mayor grado de autonomía, reducir su tendencia al aislamiento estimulando contactos sociales. Se realizará entrenamiento en habilidades sociales potenciando sus actividades conservadas y reorientación ocupacional adaptándola a sus capacidades.

Realizaremos psicoeducación incluyendo a la familia: buscando aceptación de la enfermedad (ya que tienden a la negación), explicaremos las características de ésta para mejor manejo de la familia, procuraremos, con criterio realista, reducir las expectativas del núcleo familiar tratando de disminuir la emotividad expresada y la hostilidad, factores responsables de recaídas. Insistiremos acerca de la importancia de los controles y motivaremos la rápida consulta en caso de descompensación y conectaremos a grupos de autoayuda.

### **Evolución y pronóstico**

Pronóstico vital y psiquiátrico inmediato: lo consideramos bueno con las medidas instituidas.

Pronóstico psiquiátrico alejado: es una enfermedad crónica con frecuentes recaídas con tendencia al deterioro psicointelectual y social progresivos (ausencia de iniciativa, aplanamiento de respuestas emocionales, descuido personal y declinación de la competencia laboral). Intentaremos mitigar esta evolución con las medidas mencionadas. La forma clínica influye en el pronóstico siendo la forma paranoide la de más bajo potencial evolutivo autista (las hebefrénicas son más rápidas).

En lo vital alejado:

- menor expectativa de vida por mayor morbi-mortalidad que población general (tabaquismo intenso)
- IAE frecuente en contexto discordante
- IAE por de frecuencia de depresiones

- efectos secundarios del tratamiento biológico

Elementos de mal pronóstico:

- Menor edad de comienzo: ley de masividad
- Bajo nivel intelectual
- Inicio insidioso
- MSEC deficitario
- Múltiples internaciones previas (sobre todo que sean más de 3 recaídas).
- Funcionamiento premórbido alterado
- AF esquizofrénicos
- Aplanamiento afectivo u otros síntomas negativos
- Forma clínica hebefrénica o catatónica
- Poca colaboración familiar
- Perfil de adhesión pobre al tratamiento / antecedentes de abandono de la medicación
- Consulta tardía
- Mala respuesta a la terapéutica
- otros síntomas negativos
- Forma clínica hebefrénica o catatónica
- Poca colaboración familiar
- Perfil de adhesión pobre al tratamiento / antecedentes de abandono de la medicación
- Consulta tardía
- Mala respuesta a la terapéutica

Elementos de buen pronóstico:

- Comienzo agudo
- Buena adaptación social premórbida
- Coexistencia de alteraciones afectivas (cuadros depresivos). En caso de ser prominentes, considerar diagnóstico diferencial con Trastorno Esquizoafectivo.