



Trastornos psicóticos



- Los trastornos psicóticos son alteraciones en el pensamiento, que pueden estar acompañados de alteraciones en la senso-percepción, conducta, estado del ánimo y el estado volitivo.



■ Definición

- ● Grupo de trastornos con etiologías heterogéneas, y esto incluye a pacientes cuyas presentaciones clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad son distintos.
- ● Los signos y síntomas son variables e incluyen cambios en la percepción, la emoción, la cognición, el pensamiento y el comportamiento. La expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y, normalmente prolongado.

■



- Trastornos de la esquizofrenia.
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante
- Trastorno del afecto tipo bipolar.
- Trastorno psicótico de origen orgánico
- Trastorno psicótico breve.

ESQUIZOFRENIA

Del griego **σχίζειν** *schizein* 'dividir, escindir, hendir, romper' y **φρήν** *phrēn*, 'entendimiento, razón, mente'




Esquizofrenia



- La esquizofrenia es llamada así por caracterizarse en la escisión o división de la mente. Es reconocida por un alteración del pensamiento en que el individuo, reconoce a su propio pensamiento dividido o separado, el cuál tiene su propia iniciativa en los contenidos, generalmente se presenta con alucinaciones auditivas. Tiene una presentación en la segunda década o tercera década de la vida. Es crónica y se considera grave.

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia mundial: 1%
- Aumenta 10% en familiares de primer grado
- Riesgo de suicidio del 10%
- Edad de aparición: Adolescencia.


El deterioro se presenta en los primeros 5-10 años, sobre todo en los síntomas positivos
- Relación Mujer:Hombre es de 1:1
 - La sintomatología es menos severa en la mujer (influencia antidopaminérgica de los estrógenos)
- Mortalidad aumenta por:
 - Estilos de vida menos saludables
 - Efectos secundarios de la medicación
 - Disminución en la atención sanitaria


Neuropatología



La pérdida de masa cerebral, muy habitual en el cerebro de las personas que padecen esquizofrenia, parece ser el resultado de la disminución de la densidad de los axones, las dendritas y las sinapsis que actúan como mediadores de las actividades asociativas del cerebro. La densidad sináptica presenta su nivel más elevado en el primer año de vida, y después, al inicio de la adolescencia, se reduce a los valores de la edad adulta.

Una teoría, basada en parte en la observación de que los pacientes suelen desarrollar los síntomas esquizofrénicos durante la adolescencia, mantiene que la esquizofrenia es el resultado de una poda sináptica excesiva durante dicha fase del desarrollo.

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia mundial: 1%
- Aumenta 10% en familiares de primer grado
- Riesgo de suicidio del 10%
- Edad de aparición: Adolescencia.


El deterioro se presenta en los primeros 5-10 años, sobre todo en los síntomas positivos
- Relación Mujer:Hombre es de 1:1
 - La sintomatología es menos severa en la mujer (influencia antidopaminérgica de los estrógenos)
- Mortalidad aumenta por:
 - Estilos de vida menos saludables
 - Efectos secundarios de la medicación
 - Disminución en la atención sanitaria

ASPECTOS GENÉTICOS



- Concordancia del 47% en gemelos monocigóticos
- Ausencia de CACNA1B, DOC2A → proteínas de señalización mediados por calcio en excitación neuronal
- Polimorfismo de nucleótido simple en SYN2

| POBLACIÓN | PREVALENCIA (%) |
|----------------------------------------------------------|-----------------|
| Población general | 1 |
| Familiar de un paciente esquizofrénico (excepto gemelos) | 8 |
| Padre esquizofrénico | 12 |
| Gemelo dicigótico esquizofrénico | 12-14 |
| Ambos padres esquizofrénicos | 40 |
| Gemelo monocigótico esquizofrénico | 47 |

ALTERACIONES CITOARQUITECTURA

- Disminución de sustancia gris en córtex prefrontal y temporal
- Alteraciones en la sustancia blanca cerebral
- Disminución en volumen de estructuras límbicas:
 - Amígdala
 - Hipocampo
 - Tálamo
 - Córtex entorrinal
- Aumento en el volumen de núcleos basales
- Aumento en el tamaño ventricular
- Ensanchamiento de surcos y cisuras

NEURODESARROLLO



- **Hipótesis del neurodesarrollo de Weinberger:** lesión durante el desarrollo temprano del cerebro (migración neuronal + maduración cerebral)
- Permanece clínicamente silenciosa hasta la etapa adulta.

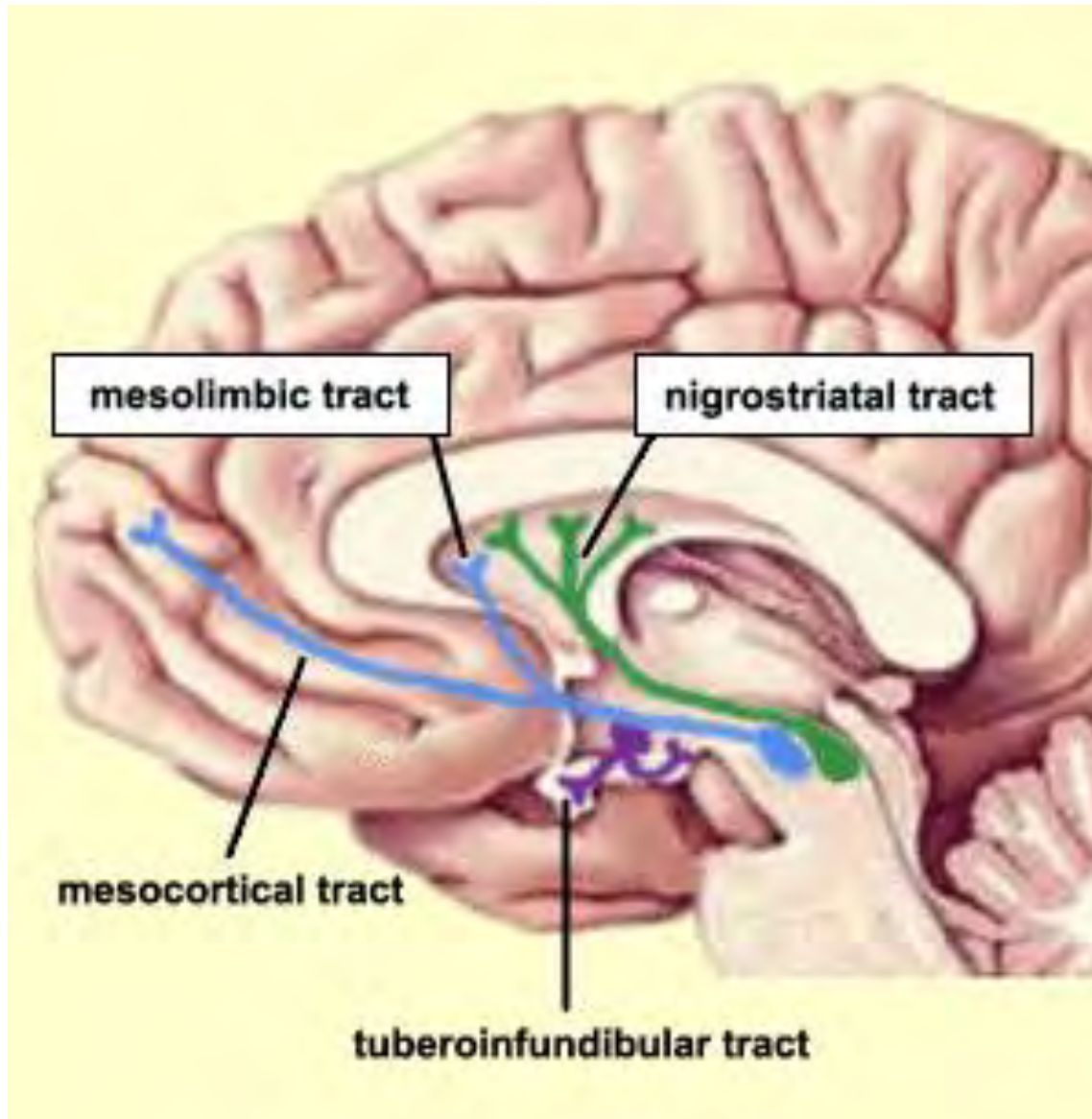
HIPÓTESIS DOPAMINA- ESQUIZOFRENIA

- Aumento del tono dopaminérgico de la vía mesolímbica cerebral

- Fármacos dopaminérgicos (anfetamina, cocaína, L-dopa, metilfenidato) pueden inducir psicosis (+)



- Fármacos bloqueadores de la actividad en la dopamina disminuyen psicosis (+)



HIPÓTESIS GLUTAMATO-ESQUIZOFRENIA

- Disfunción en receptores ionotrópicos en córtex prefrontal e hipocampo (NMDA)

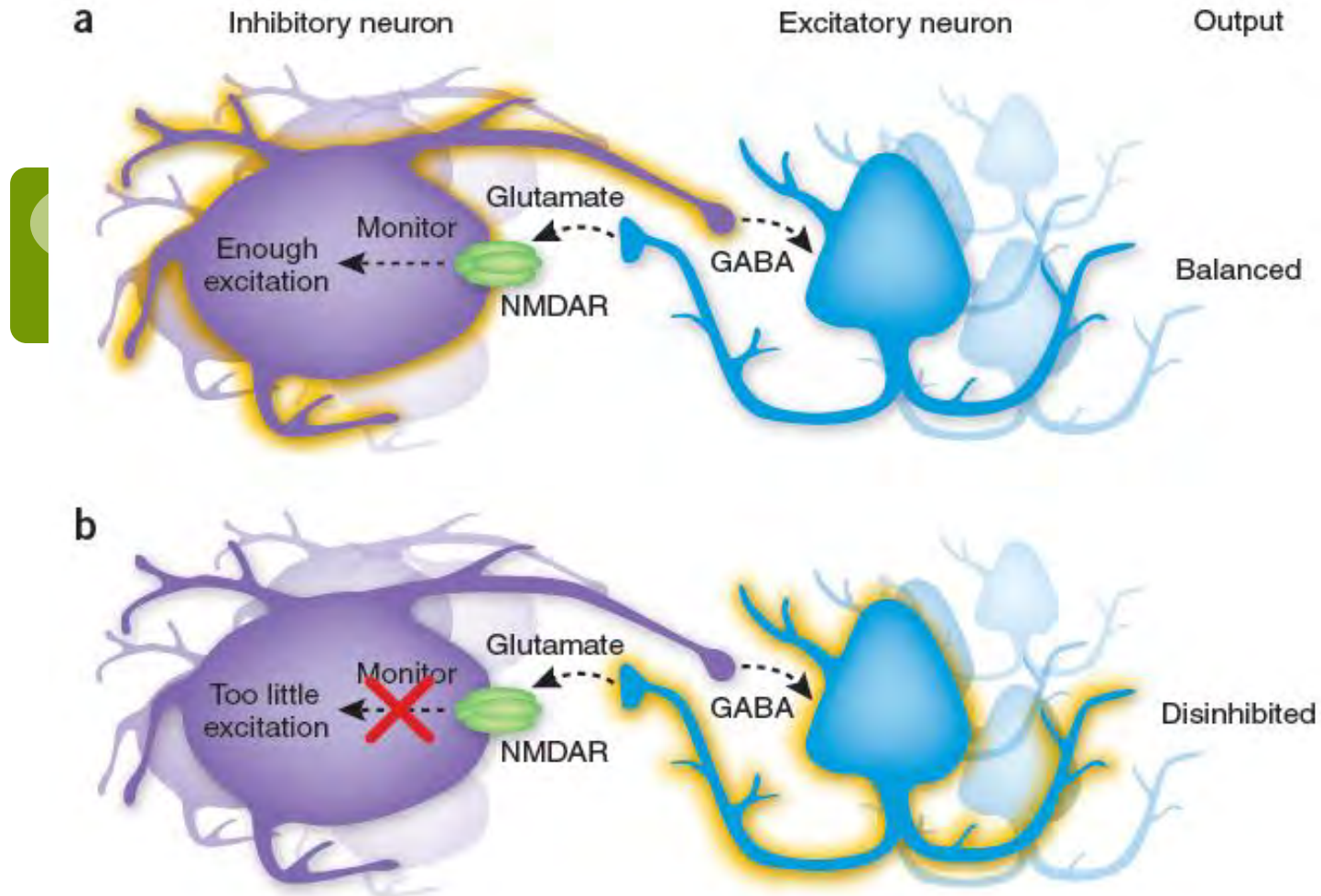
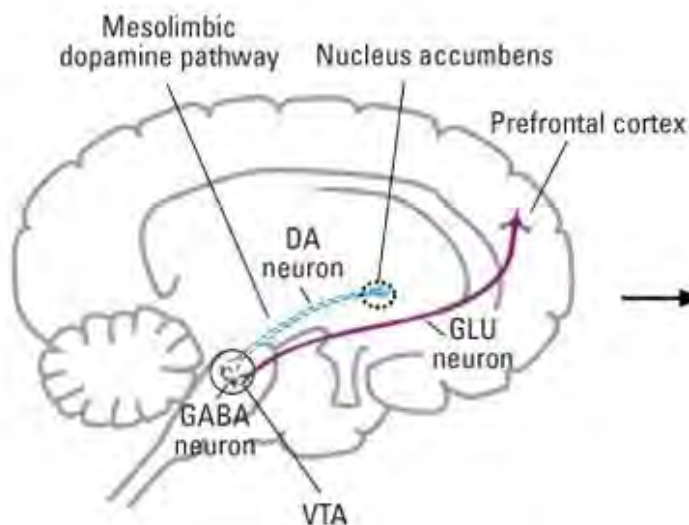
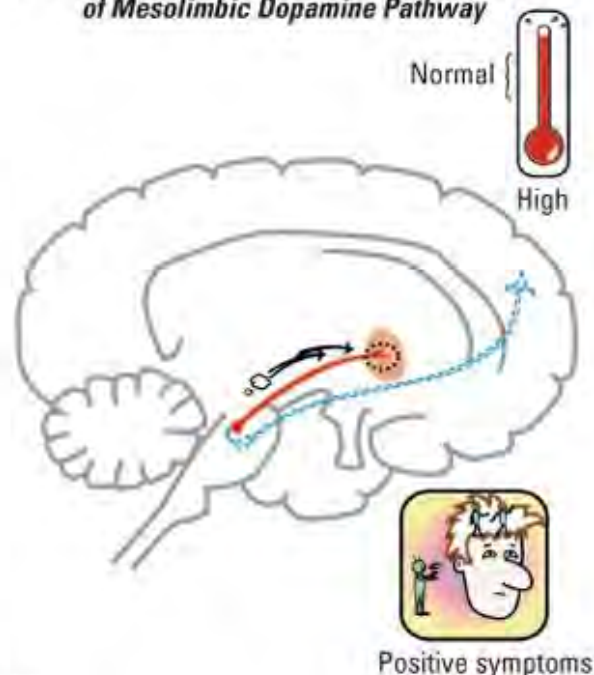


FIGURE 3.
NMDA receptor hypofunction hypothesis and positive symptoms of schizophrenia²

A. NMDA Receptor Regulation of Mesolimbic Dopamine Pathway: Tonic Inhibition



B. NMDA Receptor Hypofunction in Cortico Brainstream Projections: Hyperactivity of Mesolimbic Dopamine Pathway

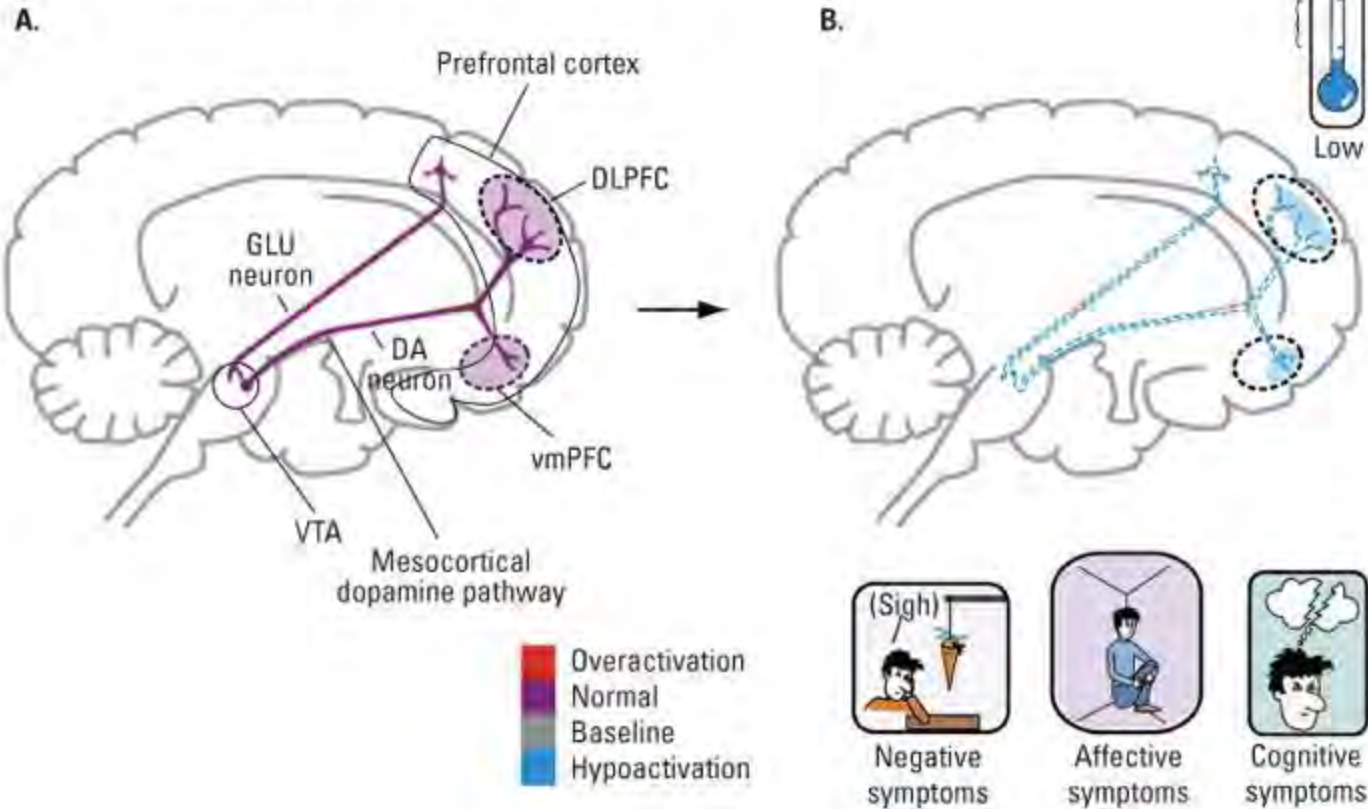


Stahl SM. *Essential Psychopharmacology*. 3rd ed. New York, NY: Cambridge University Press. In press. Reproduced with permission. Copyright Neuroscience Education Institute.

NMDA=*N*-methyl-*D*-aspartate; DA=dopamine; GLU=glutamate; GABA= γ -aminobutyric acid; VTA=ventral tegmental area.

Stahl SM. *CNS Spectr*. Vol 12, No 4. 2007.

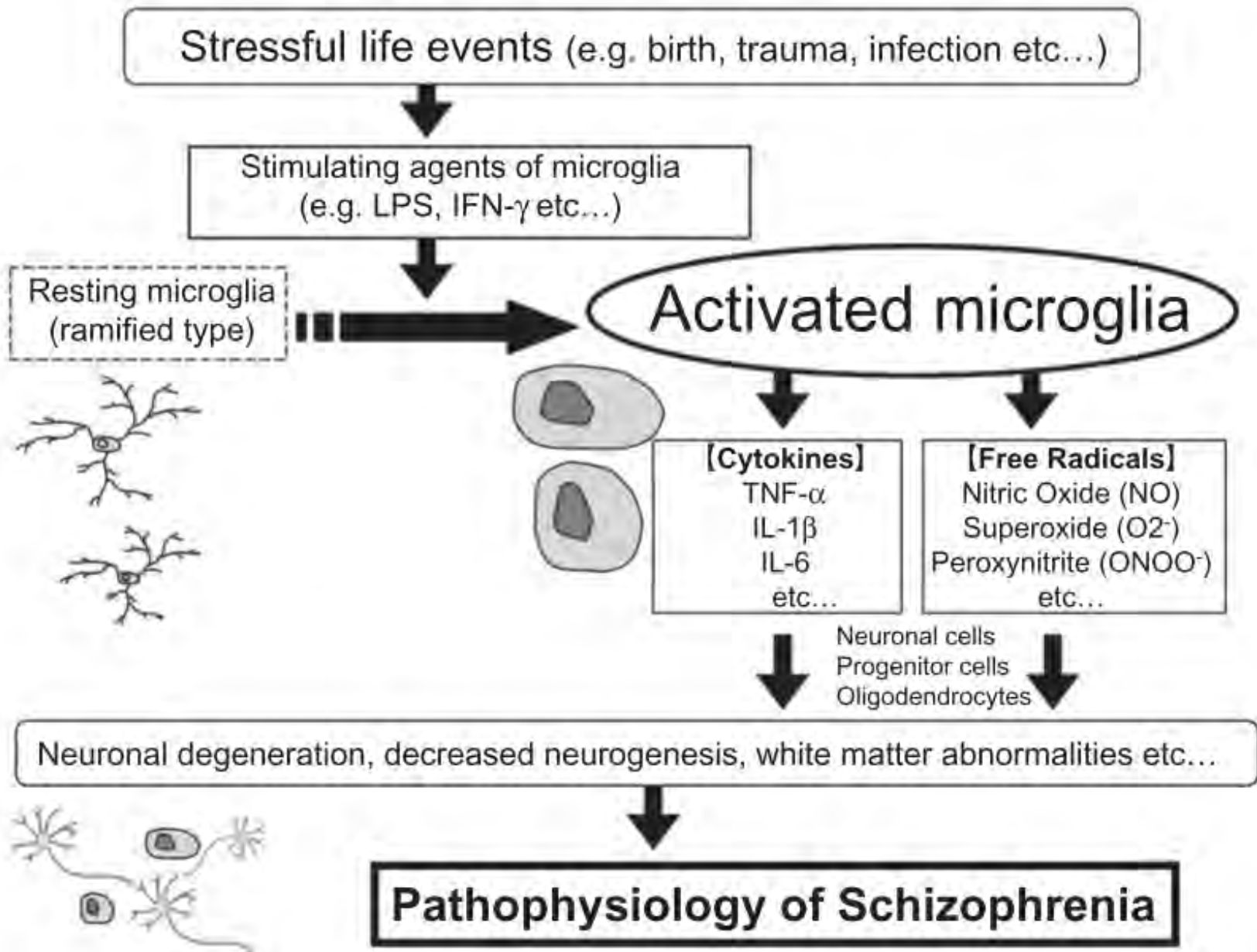
FIGURE 4.
NMDA receptor hypofunction hypothesis and negative, cognitive, and affective symptoms of schizophrenia²



Stahl SM. *Essential Psychopharmacology*. 3rd ed. New York, NY: Cambridge University Press. In press. Reproduced with permission. Copyright Neuroscience Education Institute.

NMDA=*N*-methyl-*D*-aspartate; DLPFC=dorsolateral prefrontal cortex; VTA=ventral tegmental area; GLU=glutamate; DA=dopamine; vmPFC=ventromedial prefrontal cortex.

Stahl SM. *CNS Spectr*. Vol 12, No 4. 2007.



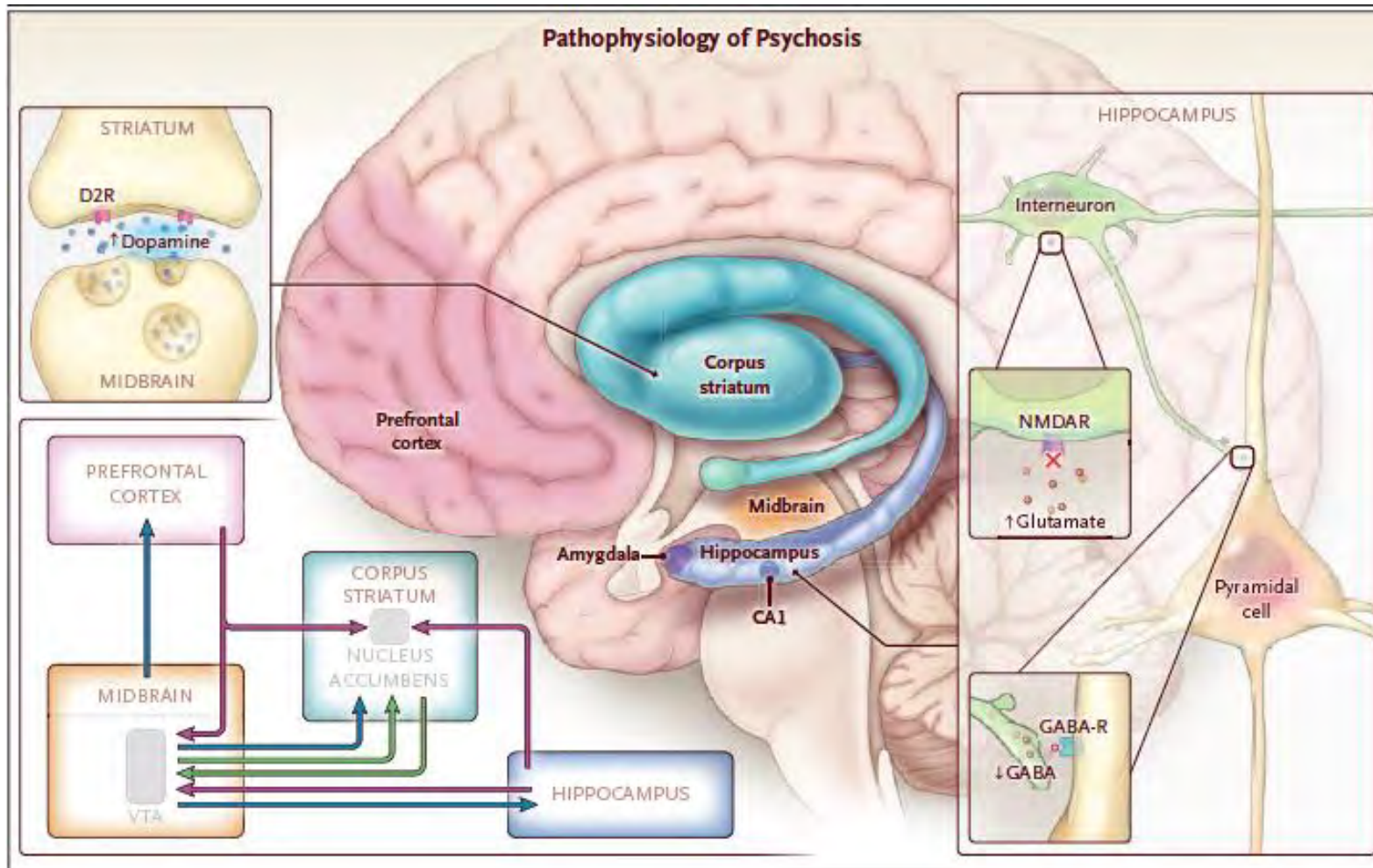


Figure 2. Pathophysiological Model of Psychotic Disorders.

A sagittal view of the brain through the midline depicts the hippocampus, midbrain, corpus striatum, and prefrontal cortex, all regions that are implicated in psychotic symptoms and disorders. The affected neurotransmitters include dopamine (blue arrows), glutamate (purple arrows), and γ -aminobutyric acid (GABA) (green arrows). Idiopathic psychoses (e.g., schizophrenia and mood disorders with psychotic symptoms) are believed to arise from overactivity of neurons that release glutamate onto cells located in and projecting from the CA1 region of the hippocampus. Deficits in hippocampal GABAergic interneurons hypofunctioning N-methyl-D-aspartate glutamate receptors (NMDARs) (the red X denotes hypofunction) are the main molecules that are thought to be responsible for these disturbances.

Shown in the hippocampus is a glutamate-expressing pyramidal cell and a GABA interneuron. Despite the increase in synaptic glutamate, there is underactivation of the interneuron. Also shown is the interneuron axon forming a synapse with the apical dendrite of the pyramidal cell.

Because of understimulation, the interneuron releases less GABA, which in turn disinhibits the pyramidal cell and causes it to release more glutamate from hippocampal projections to the midbrain (ventral tegmental area [VTA]) and the corpus striatum (nucleus accumbens). Hippocampal overactivity augments dopamine release in the striatum either directly (at the level of the nucleus accumbens) or by stimulation of midbrain dopamine neurons, which project to the nucleus accumbens and the prefrontal cortex.

Dopamine neurons in the midbrain further promulgate the dysregulation of dopamine and glutamate through a projection back to the hippocampus. Psychotic symptoms can be induced in nonidiopathic disorders that affect these pathways at various locations. For example, in autoimmune or toxic psychoses (e.g., psychoses due to PCP), the exogenous drug or antibody acts as an NMDAR antagonist, thus mimicking a constitutionally hypofunctioning NMDAR. In Alzheimer's disease, the cholinergic system is compromised and cholinergic inhibitory inputs to glutamateric cells in the hippocampus and dopaminergic cells in the midbrain are diminished. D2R denotes D2 receptor.

SIGNOS Y SÍNTOMAS PREMÓRBIDOS



- Personalidad esquizoide o esquizotípica
- Adolescentes preesquizofrénicos: aislados, retraídos, comportamientos de TOC
- Cambios insidiosos
- Disminución progresiva en el rendimiento laboral, social y personal
- Interés en filosofía, cuestiones religiosas o esoterismo



FAMILIA



- ***DOBLE VÍNCULO:*** existe una contradicción en el contenido lingüístico explícito del discurso y el tono emocional de los actos no verbales de los padres a los hijos.

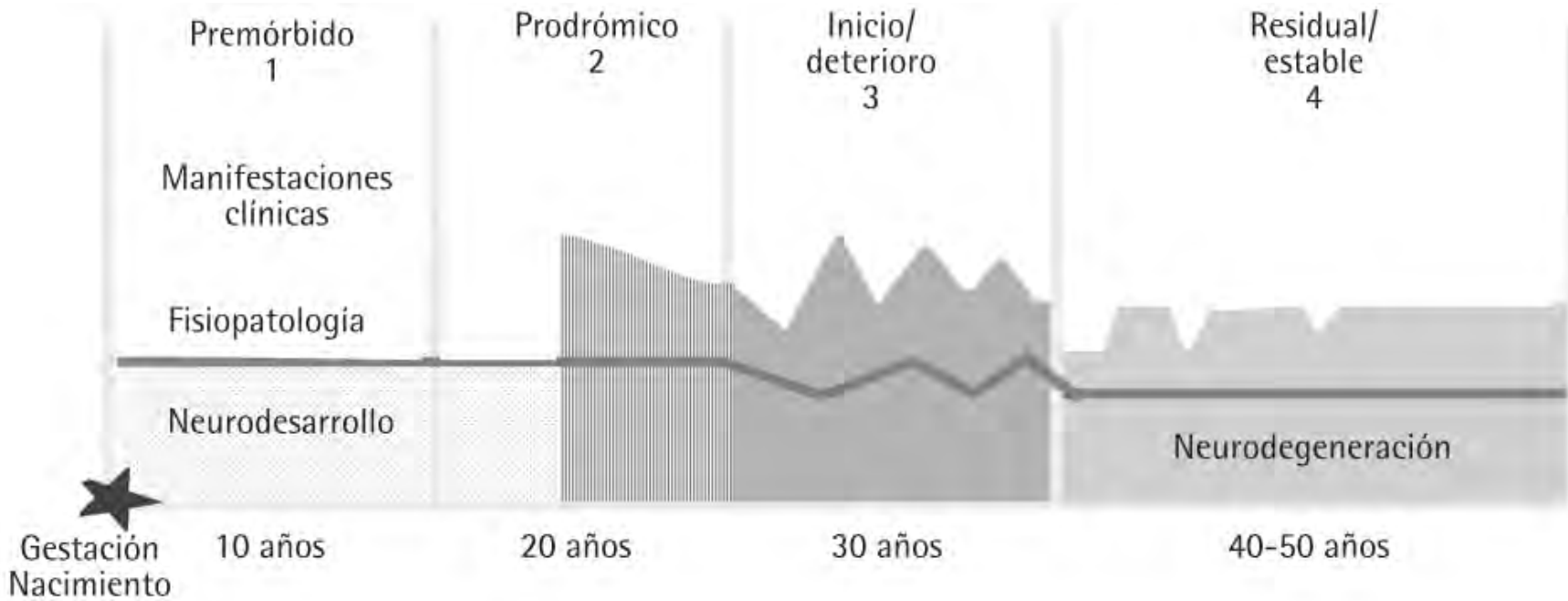
- ***EMOCIÓN EXPRESADA:*** los padres/cuidadores dirigen de manera consistente comentarios entrometidos, hostiles y abiertamente críticos hacia el paciente. (lo que se dice y cómo se dice)

FAMILIA



- ***FAMILIAS ESCINDIDAS Y SESGADAS:*** existe una escisión entre los padres y uno de ellos tiene una relación demasiado estrecha con un hijo del sexo opuesto. Una relación sesgada entre un hijo y uno de sus padres implica una lucha por el poder entre estos y la dominación de uno de ellos.

- ***FAMILIAS PSEUDOMUTUAS Y PSEUDOHOSTILES:*** se desarrolla una comunicación verbal única y cuando un hijo deja el hogar y se relaciona con otras personas, surgen los problemas.



SIGNOS Y SÍNTOMAS PRODRÓMICOS



- Inicio en la adolescencia - 3ª década de la vida
- Persona suspicaz con delirios de persecución
- Pacientes con ideas extravagantes y extrañas
- Mal funcionamiento en trabajo, escuela, núcleo familiar
- Falta de cuidado en sí mismo



CUADRO CLÍNICO

Alteraciones en el lenguaje y la comunicación

- Paciente piensa y razona según sus reglas lógicas privadas e idiosincráticas.
- Pensamiento desordenado
- Descarrilamiento y asociaciones laxas
- Circunstancialidad, tangencialidad
- Neologismos y ensalada de palabras
- Pobreza del contenido del lenguaje



Alteraciones en el contenido del pensamiento

- Deformaciones de percepción e idiosincráticas conducen a conclusiones incorrectas.
- Pensamiento autista y mágico
- Pobreza del contenido del pensamiento
- Delirios

CUADRO CLÍNICO

Alteraciones de la percepción

- ALUCINACIONES:
- Auditivas, visuales, olfatorias, gustativa
- Táctiles (formicación, háptica)
- Somática o cenestésica
- Liliputiense
- Macropsia
- Imperativa/ de mando



Alteraciones del afecto

- Afecto inapropiado
- Lábil
- Afecto embotado
- Aplanamiento afectivo

Alteraciones en el sentido del self

- Pacientes pierden contacto con sí mismos: su identidad esta muerta, vulnerable o esta cambiando misteriosamente.



CUADRO CLÍNICO



Alteraciones de la volición

- Altera gravemente el rendimiento en el trabajo, escuela y/o sociedad.
- Interés/impulso inadecuado + incapacidad para completar una acción: ambivalencia con estancamiento.
- Abulia
- Apatía
- Anhedonia

Alteraciones en la conducta motora

- Estupor catatónico
- Flexibilidad cética
- Catatonia agitada

Alteraciones de las relaciones con el mundo externo

- Autístico

CUADRO CLÍNICO

- **Orientación:** íntegra
- **Memoria:** intacta
- **Deterioro cognitivo:** atención, función ejecutiva, memoria de trabajo, memoria episódica
- **Juicio y percepción:** Escasa consciencia de enfermedad mental



CUADRO CLÍNICO

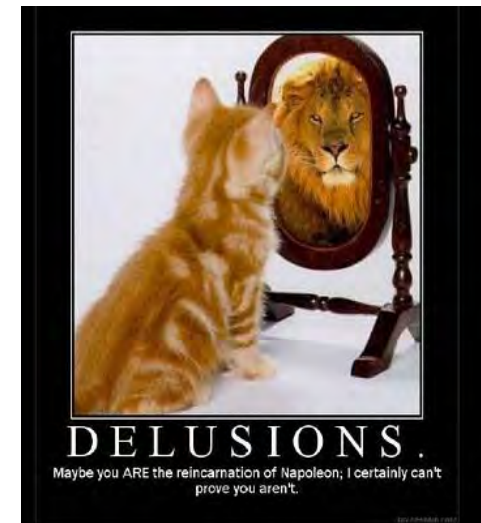
- **Orientación:** íntegra
- **Memoria:** intacta
- **Deterioro cognitivo:** atención, función ejecutiva, memoria de trabajo, memoria episódica
- **Juicio y percepción:** Escasa consciencia de enfermedad mental



- Síntomas positivos



- Distorsiones del pensamiento inferencial (ideas delirantes)
- Distorsiones de la percepción (alucinaciones)
- Distorsiones del lenguaje y comunicación (desorganización)
- Distorsiones en el comportamiento (catatónico)





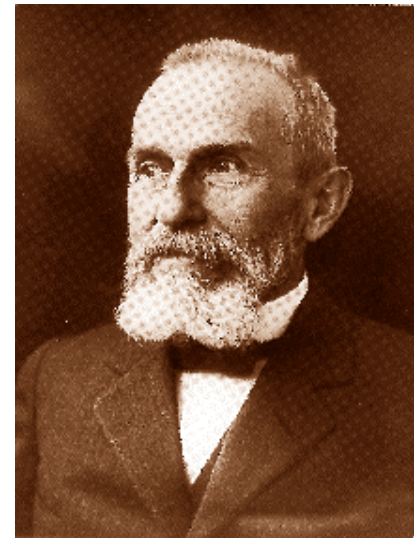
- Síntomas negativos

- Restricción emocional (aplanamiento afectivo)
- Alteración en fluidez y productividad del pensamiento y lenguaje (alogía)
- Alteración en el inicio de comportamiento dirigido a un objetivo (abulia)



CRITERIOS DE BLEULER

- Bleuler (1911) identificó los **síntomas fundamentales (primarios)** específicos de la esquizofrenia y se expresan como las 4 "A":
 - **Asociaciones laxas** (alteraciones en la capacidad)
 - **Afecto** (pérdida)
 - **Autismo**
 - **Ambivalencia**
- Describió también **síntomas accesorios (secundarios)**: alucinaciones y delirios.



CRITERIOS DE SCHNEIDER

- Síntomas de primer orden:
 - Sonorización del pensamiento
 - Escuchar voces que discuten
 - Escuchar voces que acompañan los movimientos
 - Pasividad somática
 - Robo de pensamiento
 - Divulgación del pensamiento
 - Percepción delirante
 - Otras influencias corporales, del sentir, de las tendencias y de la voluntad

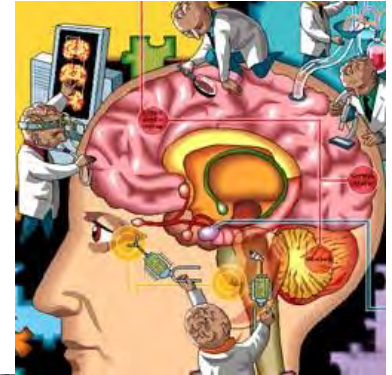
- Síntomas de segundo orden:
 - Otras alucinaciones
 - Ocurrencias delirantes súbitas
 - Perplejidad
 - Depresión y euforia
 - Empobrecimiento afectivo.

**CRITERIO
A?**



SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

- Según DSM-IV TR:
 - Tipo paranoide
 - Tipo desorganizado
 - Tipo catatónico
 - Tipo indiferenciado
 - Tipo residual





Tipo paranoide

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada

- Ideas delirantes de persecución o grandeza
- Cuadro clínico tardío (20-30 años de edad)
- Nerviosos, desconfiados, reservados, hostiles
- Pueden adaptarse a situaciones sociales

Tipo desorganizado

A. Predominan:

- (1) Lenguaje desorganizado
- (2) Comportamiento desorganizado
- (3) Afectividad aplanada / inapropiada



B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico

Anteriormente *hebefrénica*

- Regresión a un comportamiento primitivo, desinhibido y desorganizado
- Antes de los 25 años de edad
- Mínimo contacto con la realidad
- Aspecto desaliñado, comportamiento social inadecuado
- Risas inmotivadas, muecas incongruentes



Tipo catatónico

Al menos dos de los siguientes:

- Inmovilidad motora manifiesta por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o estupor
 - Actividad motora excesiva (sin propósito)
 - Negativismo extremo (resistencia absoluta a obedecer órdenes) o mutismo
 - Posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos
 - Ecolalia o ecopraxia
-
- Alteración motora importante
 - Fluctuaciones entre excitación y estupor
 - Frecuentemente necesitan atención médica por desnutrición, agotamiento o autolesión



Tipo indiferenciado

- Cumple criterio A, pero no cumple criterios para paranoide, desorganizado o catatónico

Tipo residual

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

B. Manifestaciones continuas de la alteración, como la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas enumerados en el criterio A, pero de **forma atenuada**



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

✓ **Trastorno autista**

✓ **Trastornos psicóticos** -Psicótico breve

-Delirante

-Esquizofreniforme

-Esquizoafectivo

-Psicótico compartido

✓ **Trastorno facticio con predominio de síntomas y signos neurológicos**

✓ **Trastorno de simulación**

✓ **Trastorno obsesivo-compulsivo**

✓ **Trastornos graves del estado de ánimo** (duración intermitente)

-Depresión con síntomas psicóticos

✓ **Trastornos graves de la personalidad**

-Esquizoide –Esquizotípico-LímiteParanoide



TRATAMIENTO INTEGRAL

1. Fase Aguda:

- Reducir síntomas agudos
- Prevenir daño
- Mejorar la funcionalidad
- Formar alianza terapéutica
- Busca el entorno apropiado para el paciente

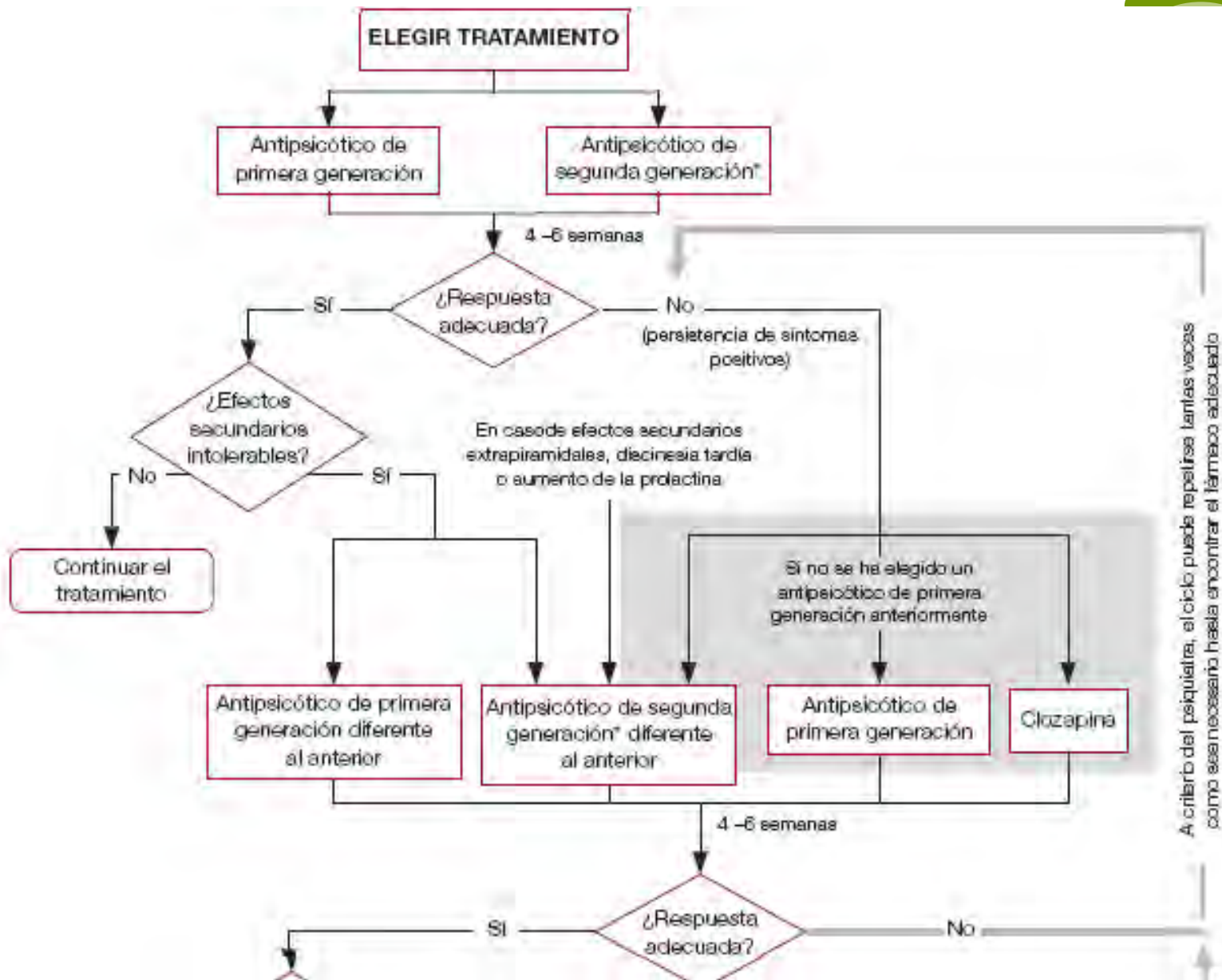


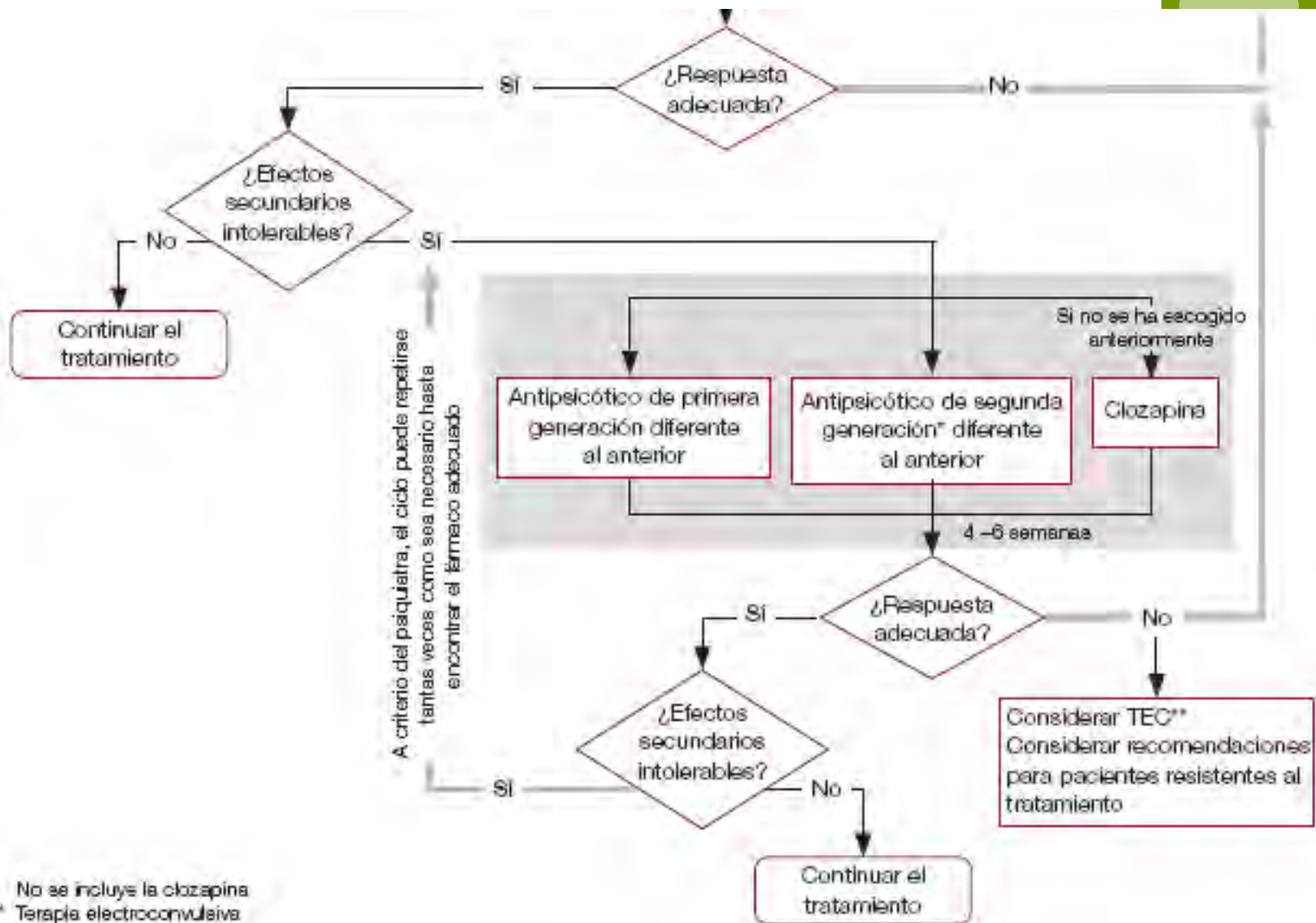
2. Fase de estabilización:

- Mínimo de estrés
- Mejorar adaptación a la vida
- Educar a pacientes y familiares

3. Fase estable

- Mínimo riesgo de recaída
- Optimización del funcionamiento
- Conocer estado neurocognitivo de los pacientes
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Trabajo psicoeducativo en familiares





ANTIPSIKÓTICOS



- Neurolépticos típicos o clásicos:
 - Fenotiacinas (clorpromazina, flufenazina, trifluoperazina, tioridazina)
 - Butirofenonas (haloperidol, droperidol)
 - Tioxantenos (zuclopentixol)

- Neurolépticos nuevos o atípicos
 - Clozapina
 - Olanzapina
 - Sulpiride
 - Risperidona

ANTIPSIKÓTICOS



- Neurolépticos típicos o clásicos:
 - Fenotiacinas (clorpromazina, flufenazina, trifluoperazina, tioridazina)
 - Butirofenonas (haloperidol, droperidol)
 - Tioxantenos (zuclopentixol)

- Neurolépticos nuevos o atípicos
 - Clozapina
 - Olanzapina
 - Sulpiride
 - Risperidona

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS

- **Mecanismo de acción:** Bloqueo de distintos subtipos de receptores dopaminérgicos.
- Bloqueo de receptores dopaminérgicos de la vía nigro-estriada: **EEP**
- Bloqueo dopaminérgico vía tubero-hipofisaria: **galactorrea.**



- Bloqueo dopaminérgico a nivel bulbar: **antieméticos.**
- Efecto bloqueante alfa-adrenérgico central y periférico: **hipotensión ortostática**
- Efecto anticolinérgico central y periférico: menor incidencia efectos extrapiramidales, **sequedad boca, atonía gastrointestinal, confusión**
- Bloqueo receptores histaminérgicos (H1): **sedación**

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS

- Bloquean receptores específicos DA del área mesolímbica (sulpiride, olanzapina, clozapina, risperidona) y receptores 5-HT_{2A} (clozapina, olanzapina, risperidona)

- Bloqueo HT_{2A} → menos EEP



- Clozapina: anticolinérgico y bloqueo de adrenoreceptores-alfa y de receptores H₁.

- EA: galactorrea, malestar GI, hipotensión ortostática, aumento de peso, taquicardia

Clozapina → hipertermia maligna, leucopenia, agranulocitosis!!

TABLA 4.- Dosis de los antipsicóticos / A) Orales

| Nombre Típicos | Inicial | Primer Ep. | Recurrencia | Duración | Mantenimiento |
|-----------------|---------|------------|-------------|----------|---------------|
| Alta potencia | mgs/día | mgs./día | mgs./día | semanas | mgs./día |
| Haloperidol | 10-15 | 10-15 | 10-15 | 12 | 5-10 |
| Trifluoperazina | 10-15 | 10-15 | 10-15 | 12 | 5-10 |
| Zuclopentixol | 10-50 | 10-50 | 10-50 | 12 | 10-50 |
| Flupentixol | 10-40 | 10-40 | 10-40 | 12 | 5-20 |
| Potencia med | | | | | |
| Perfenazina | 12-16 | 12-16 | 12-16 | 12 | 8-12 |
| Trifluoperazina | 10-20 | 10-20 | 10-20 | 12 | 5-15 |
| Atípicos | | | | | |
| Clozapina | 100-300 | 2-6 | 100-300 | | 100-300 |
| Risperidona | 2-6 | 5-15 | 2-6 | 12 | 2-4 |
| Olanzapina | 5-15 | | 5-15 | 12 | 5-10 |
| Quetiapina | 150-750 | 150-750 | 150-750 | 12 | 150-750 |
| Ziprazidona | 120-180 | 120-180 | 120-180 | 12 | 120-180 |
| Otros | | | | | |
| Zuclopentixol | 20-75 | 20-75 | 20-75 | 12 | 20-50 |
| Flupentixol | 5-20 | 5-20 | 5-20 | 12 | 5-15 |
| Intramuscular | | | | | |
| Olanzapina | 10-20 | 10-20 | | 3 días | |
| Zuclopentixol | 50-150 | | | 3 días | |

Tratamientos psicosociales

- Aumentar las habilidades sociales, autosuficiencia, habilidades prácticas y la comunicación interpersonal
 - VIDA INDEPENDIENTE
 - Tratamiento cognitivo conductual de entrenamiento en habilidades
 - asistencia directa y ser de gran utilidad
 - uso de videos de otras personas y del propio paciente
 - función que desempeña en el tratamiento y la asignación de trabajos caseros para practicas
 - otros síntomas → ausencia de contacto ocular, aumento de latencia de las respuestas muecas faciales extrañas, carencia de espontaneidad en situaciones sociales y una percepción imprecisa
 - Psicoterapia familiar
 - ayuda a comprender la esquizofrenia y aprender de a misma
 - fomentar que hablen sobre el episodio psicótico
 - Psicoterapia de grupo
 - Psicoterapia cognitivo-conductual
 - Psicoterapi individual
 - Terapia personal → reforzar la adaptación personal y social y prevenir las recaídas
 - Terapia conductual dialéctica → mejorar las habilidades interpersonales en presencia de un psicoterapeuta activa
 - Terapia ocupacional
 - Arte terapia (terapia artística) → comunicarse con otras personas y compartir su mundo interior, a menudo aterrador
-



Trastorno

esquizofreniforme

HISTORIA

Fue introducido por el psiquiatra noruego Gabriel Langfeldt en el año 1937, para referirse a un grupo de pacientes con un trastorno psicótico parecido a la esquizofrenia pero con mejor pronóstico que esta. El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se incorpora oficialmente en las clasificaciones de la edición del DSM-III en 1980.



CONCEPTO

Las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son idénticas a las de la esquizofrenia, con la excepción q la duración total de la enfermedad es de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses, no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral. La duración exigida para el trastorno esquizofreniforme es intermedia entre la del trastorno psicótico breve y la esquizofrenia.



EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Ocorre a partes iguales entre hombres y mujeres
- ✓ Este trastorno es más común en personas que tienen miembros de la familia con esquizofrenia o trastorno bipolar.
- ✓ En países industrializados, la incidencia es baja, posiblemente cinco veces inferior al de la esquizofrenia.
- ✓ En países en desarrollo, la incidencia es sustancialmente mayor, especialmente del tipo "Con Características de Buen Pronóstico".
- ✓ Afecta mayoritariamente a adolescentes y adultos jóvenes

CLINICA

Las características esenciales de trastorno esquizofreniforme son idénticas a las de la esquizofrenia excepto por dos diferencias:

- ✓ La duración total de la enfermedad (incluyendo sus fases prodrómica, activa y residual) es de al menos 1 mes pero menos de 6 meses y no es requerido que exista discapacidad social u ocupacional durante parte de la enfermedad (aunque puede ocurrir que así sea).
- ✓ Se caracteriza por la presencia de los síntomas de criterio A de la esquizofrenia. Estos incluyen:
 - ✓ delirios
 - ✓ alucinaciones
 - ✓ discurso desorganizado
 - ✓ comportamiento desorganizado o catatónico
 - ✓ síntomas negativos.



CURSO

- ✓ Un tercio de los pacientes que padecen se curan en esos 6 meses, recibiendo el diagnóstico final de trastorno esquizofreniforme. Los otros dos tercios restantes superan los seis meses de duración del trastorno y evolucionan hacia la esquizofrenia o hacia el trastorno esquizoafectivo.
- ✓ Una recuperación total del trastorno es probable
- ✓ Una vez pasado el trastorno, los pacientes afectados recuperan su total funcionamiento anterior.
- ✓ Alrededor de la mitad de las personas diagnosticadas con trastorno esquizofreniforme terminan siendo diagnosticados con esquizofrenia

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Trastorno esquizofrénico, Puesto que los criterios diagnósticos para la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme difieren principalmente en términos de duración de la enfermedad.
- ✓ El trastorno esquizofreniforme se diferencia del trastorno psicótico breve, porque éste tiene una duración de menos de 1 mes
- ✓ No debe haberse producido por enfermedad médica o por abuso de sustancias

A composite image with a dark, moody atmosphere. The upper portion shows a close-up of a man's face, looking slightly to the right with a serious expression. The lower portion shows a skeletal figure, possibly a man, with a prominent skull and ribcage, looking downwards. The text 'TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO' is overlaid in the center in a blue, outlined font.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

CONCEPTO

Es un diagnóstico psiquiátrico que describe una enfermedad mental caracterizada por episodios recurrentes de trastorno del ánimo y psicosis. Es una afección mental que provoca tanto pérdida de contacto con la realidad (psicosis) como problemas anímicos. Es un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia, ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas, sin síntomas afectivos acusados. Finalmente, los síntomas afectivos, están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad.

HISTORIA

El término psicosis esquizoafectiva fue acuñado por Jacob Kasanin en 1933 para describir un enfermedad psicótica más episódica con síntomas afectivos predominantes.



EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Es menor al 1% y, posiblemente, se encuentra en un rango entre 0,5% y 0,8% de la población.
- ✓ Su incidencia es mayor en mujeres que en hombres.
- ✓ Su incidencia es mayor en adultos jóvenes, aunque, raramente, también es diagnosticada en la infancia (antes de los 13 años de edad)



CLINICA

- ✓ Cambios en el apetito y el vigor
- ✓ Discurso desorganizado e ilógico
- ✓ Falsas creencias (delirios), como pensar que alguien está tratando de hacerle daño (paranoia) o pensar que mensajes especiales están ocultos en lugares comunes (delirios de referencia)
- ✓ Falta de interés por la higiene o el aseo
- ✓ Estado de ánimo que es ya sea demasiado bueno, deprimido o irritable
- ✓ Problemas para dormir
- ✓ Problemas con la concentración
- ✓ Tristeza o desesperanza
- ✓ Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones)
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Hablar tan rápido que otros no pueden interrumpir



CURSO

El curso de este trastorno puede implicar ciclos de síntomas severos seguidos de mejoramiento.

PRONOSTICO

Las personas con trastorno esquizoafectivo tienen una mayor probabilidad de regresar a su nivel previo de funcionalidad que las personas con la mayoría de los otros trastornos psicóticos. Sin embargo, con frecuencia se requiere un tratamiento prolongado y los resultados pueden variar de una persona a otra



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las enfermedades médicas y el consumo de sustancias pueden presentarse con síntomas psicóticos o afectivos diversos. Se diagnostica trastorno psicótico debido a enfermedad médica, delirium o demencia cuando hay datos en la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio que indican que los síntomas son un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica.

El trastorno psicótico inducido por sustancias y el delirium inducido por sustancias se diferencian de la esquizofrenia porque se estima que una sustancia está relacionada etiológicamente con los síntomas.





TRASTORNO DELIRANTE

Ideas delirantes



- Son creencias falsas fijas, culturalmente discordantes
- El diagnostico se establece por ideas delirantes no extravagantes de al menos 1 mes de duración
- No extravagante significa que pueden suceder en la vida real (ser perseguido, infectado).

TIPOS



1.- Tipo erotomaníaco

ocurre cuando el tema principal de la idea delirante consiste en el pensamiento de que otra persona está enamorada del sujeto. La idea suele referirse más a una amor idealizado, que a una amor de atracción sexual.

2.- Tipo de grandiosidad

la idea principal de este delirio consiste en que la persona cree que tiene un talento extraordinario, o de haber hecho un descubrimiento importante. Con menor frecuencia, pueden aparecer la idea delirante de tener una relación con alguien importante o bien dichas ideas también pueden tener un contenido religioso.

TIPOS

3.- Tipo celotípico

el tema central de esta idea delirante es que la pareja tiene un amante o es infiel. Esta idea se apoya sobre inferencias erróneas apoyadas en pequeñas pruebas, como por ejemplo, manchas en las sábanas. El sujeto con esta idea intenta intervenir en la fidelidad imaginada, como por ejemplo, investigando al amante o agrediendo a la pareja

4.- Tipo persecutorio

delirio de que la persona (o alguien cercano) está siendo tratado con mala intención: espiado, envenenado, perseguido, etc



TIPOS

5.- Tipo somático

delirio de que la persona tiene algún defecto físico o alguna enfermedad, Las ideas más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; también puede creer que tiene algún parásito interno o que en algunas partes del cuerpo tiene malformaciones o bien que hay partes del cuerpo que no funcionan.



6.- Tipo mixto

este subtipo se aplica cuando no hay ningún tema que predomine sobre otro.

TIPOS

7.- Tipo no especificado

se aplica cuando la creencia dominante no puede ser determinada con claridad o bien cuando la idea no está descrita en los otros tipos de específicos. Por ejemplo, cuando la idea autorreferencial no tiene un componente importante de persecución o grandeza.



ETIOLOGIA

La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia , o a enfermedad médica. Algunos estudios han encontrado que el trastorno delirante es más frecuente en familiares de sujetos con esquizofrenia de lo que sería esperable por azar, mientras que otros estudios no han encontrado una relación familiar entre el trastorno delirante y la esquizofrenia.

Hay datos que indican que los trastornos paranoide y por evitación de la personalidad pueden ser especialmente frecuentes entre los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con trastorno delirante.

EPIDEMIOLOGIA

- ✓ La estimación de su incidencia es de 0.03%, el riesgo de morbilidad suele estar entre 0.05 y 0.1%.
- ✓ La edad de inicio de este trastorno es variable, puede oscilar entre la adolescencia y la edad avanzada. El rango de edad de inicio es de 18-90 años, con un pico en los 35-55 años.
- ✓ Prevalence en mujeres.
- ✓ Se evidencia en Estatus socioeconómico bajo, casados.
- ✓ Los datos señalan que el trastorno es más habitual entre los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con trastorno delirante.
- ✓ La prevalencia de vida es de 24-30% cada 100 Mil habitantes, siendo el 4% mayor de 65 años.

CRITERIOS DIAGNOSTICO

- A. Ideas delirantes no extrañas (p. Ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
- B. En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
- C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. Ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad

CLINICA



- ✓ hipertrofia del yo,
- ✓ juicios erróneos pasionales,
- ✓ fanatismo.
- ✓ Problemas sociales, laborales o conyugales como consecuencia de las ideas delirantes. Las interpretaciones de los acontecimientos suelen ser consistentes con el contenido de las ideas delirantes.
- ✓ Estado de ánimo irritable, puede haber accesos de ira o comportamiento violento.
- ✓ El individuo mantiene una vigilancia de su entorno en un estado de hiperalerta, lo que le hace interpretar lo externo con dificultad y posteriormente se configura la ideación delirante


CURSO

- ✓ El inicio agudo es el más frecuente. Sobre todo al inicio suele haber un factor estresante psicosocial identificable.
- ✓ El curso de los trastornos delirantes crónicos es muy variable
- ✓ Un paciente con trastorno delirante puede ser bastante funcional y no tiende a mostrar un comportamiento extraño excepto como resultado directo de la idea delirante.
- ✓ El trastorno suele ser crónico, aunque se pueden producir oscilaciones en la intensidad de las creencias delirantes.
- ✓ El tipo persecutorio es el más frecuente.
- ✓ Algunos datos nos sugieren que el subtipo celotípico puede tener un mejor pronóstico que el persecutorio.

PRONOSTICO

- ✓ Tras ser diagnosticado, suele ser crónico:
- ✓ < 25% deriva hacia trastornos mas graves.
- ✓ < 10% a Trastornos afectivos
- ✓ Remisiones entre $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$. A largo plazo:
- ✓ recuperación 50%
- ✓ igual 30%
- ✓ empeoramiento 20%





TRASTORNO PSICOTICO E

CONCEPTO

Es una enfermedad mental caracterizada por síntomas psicóticos (pérdida de realidad) que pasan repentinamente y duran por un mes o menos. Donde el paciente regresa a su estado normal tan pronto desaparezcan sus síntomas. es una alteración que implica el inicio súbito, de cómo mínimo, uno de los siguientes síntomas positivos:

- ✓ Ideas delirantes
- ✓ Alucinaciones
- ✓ Lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

ETIOLOGIA

Se ha considerado que los factores psicosociales tienen un rol fundamental en el origen de la psicosis breve. En la actualidad, con la nomenclatura propuesta por el DSM-IV-TR, en que el diagnóstico no exige la presencia de un factor precipitante, el trastorno psicótico breve queda en una situación similar a la de la mayor parte de los otros trastornos psicóticos, en los cuales la causa es desconocida y el diagnóstico probablemente incluye un grupo heterogéneo de patologías.



TIPOS

- ✓ **Con desencadenante grave**: cuando los síntomas se presentan en aparente respuesta a cierto acontecimiento que podrían ser estresantes.
- ✓ **Sin desencadenante grave**: cuando los síntomas psicóticos no aparecen como respuesta a ningún acontecimiento.
- ✓ **De inicio en el posparto**: cuando los síntomas se producen en las primeras cuatro semanas del posparto

EPIDEMIOLOGIA



- ✓ Es más común en jóvenes
- ✓ En estratos socioeconómicos bajos
- ✓ En pacientes con trastornos de personalidad preexistentes.
- ✓ En personas que han cambiado bruscamente de ambiente sociocultural, como ocurre con los inmigrantes.
- ✓ La edad de inicio de este trastorno se suele situar alrededor de los 30 años, sin embargo, este trastorno puede aparecer en la adolescencia hasta la edad adulta.

CLINICA

- ✓ Labilidad emocional
- ✓ La conducta o apariencia extravagantes
- ✓ Los gritos o el mutismo
- ✓ El lenguaje desorganizado
- ✓ Actitudes catatónicas o paranoides
- ✓ Las alteraciones de la memoria reciente.
- ✓ Gran desorden emocional o una confusión abrumadora, con rápidas alternancias entre distintos estados afectivos. Aunque breve, el nivel de deterioro puede ser grave y puede ser necesaria la supervisión del sujeto para asegurar que se cubren sus necesidades nutricionales e higiénicas, y que está protegido de las consecuencias del empobrecimiento del juicio, del deterioro cognoscitivo o de los comportamientos derivados de las ideas delirantes.



PRONOSTICO

Se han señalado diferentes indicadores que se asocian a un buen pronóstico, tales como:

- ✓ Buen ajuste social premórbido
- ✓ Escasos rasgos esquizoides de personalidad
- ✓ Graves eventos desencadenantes
- ✓ Inicio súbito de los síntomas
- ✓ Presencia de síntomas afectivos
- ✓ Confusión y perplejidad durante la psicosis
- ✓ Embotamiento afectivo leve
- ✓ Breve duración de los síntomas y finalmente
- ✓ Ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Delirium
- ✓ El trastorno psicótico inducido por sustancias
- ✓ Trastorno esquizofreniforme.
- ✓ Trastorno delirante.
- ✓ Trastorno facticio



TRATAMIENTO

- ✓ Terapia de conducta cognitiva: para ayudar a cambiar el comportamiento.
- ✓ Terapia de complacencia: Este tipo de terapia busca las razones por la cual el paciente no quiere tomar sus medicamentos o ver a su médico.
- ✓ Intervenciones familiares: permitiendo a la familia ser parte de la terapia.
- ✓ Uso de Antidepresivos.
- ✓ Antipsicóticos.
- ✓ Sedantes.

