

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

1. La esquizofrenia.
1. El trastorno psicótico breve.
2. El trastorno esquizofreniforme.
3. El trastorno esquizoafectivo.
4. El trastorno delirante, incluyendo el trastorno psicótico compartido.
5. El trastorno psicótico debido a una enfermedad médica.
6. El trastorno psicótico inducido por sustancias.
7. El trastorno psicótico no especificado.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

- *El trastorno psicótico breve es un síndrome psicótico agudo y transitorio con recuperación completa.*
- Se caracteriza por el inicio súbito de alucinaciones, delirios, lenguaje y/o comportamiento desorganizado que duran menos de un mes y no ocasionan deterioro en el paciente.
- El inicio súbito se define por el cambio de un estado no psicótico a otro claramente psicótico en un periodo menor de 2 semanas.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE: EPIDEMIOLOGÍA

- No existen datos concluyentes sobre su prevalencia o incidencia, pero se considera infrecuente.
- Parece ser más frecuente en:
 1. Mujeres (2:1).
 2. Adultos jóvenes (3º y 4º década de la vida)
 3. Clases socioeconómicas bajas o bajo nivel cultural.
 4. Países en vías de desarrollo.
 5. Personas que han experimentado desastres, estreses psicosociales mayores o importantes cambios culturales (p.ej.- Inmigrantes).
 6. Personas con trastornos de personalidad previos, principalmente los trastornos límite, histriónico, narcisista, paranoide o esquizotípico de la personalidad.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE: CLINICA

- Suele estar precedido por un acontecimiento o una serie de acontecimientos estresantes de gran impacto emocional.
- Los síntomas incluyen al menos un **síntoma positivo** de psicosis (alucinaciones, delirios, lenguaje o comportamiento catatónico o desorganizado), pero no necesariamente el patrón sintomático completo de la esquizofrenia.
- La confusión, las alteraciones de la atención y memoria, la labilidad emocional, las alteraciones comportamentales como la agitación o el mutismo, son más frecuentes en este trastorno que en los trastornos psicóticos crónicos.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE: CURSO CLINICO

- La duración de los síntomas es con frecuencia es de solo unos días y por definición inferior a un mes.
- Pueden aparecer síntomas depresivos después de resolverse los síntomas psicóticos.
- Buen pronóstico: Entre el 50-80% no sufre nuevos problemas psiquiátricos mayores.
- La existencia de un trastorno psiquiátrico tan significativo puede poner en evidencia la vulnerabilidad mental del paciente, presentando en algunos casos altas tasas de recaídas ante nuevos episodios de estrés.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE: DIAGNÓSTICO DSM V

A- Presencia de 1 o más de los siguientes síntomas (teniendo que ser al menos uno el 1, 2 o 3):

1. ideas delirantes,
2. alucinaciones,
3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B- El episodio dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo de la enfermedad,

C- El trastorno no se explica mejor por: un trastorno depresivo mayor o bipolar, otro trastorno psicótico, los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección médica.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE: DIAGNÓSTICO DSM V (2)

- El DSM-V distingue 3 subtipos:
 1. Con factor(es) de estrés notable(s).
 2. Sin factor(es) de estrés notable(s).
 3. Con inicio en postparto, en las primeras 4 semanas post parto
- También distingue el tipo con o sin catatonia.

- En la anamnesis es importante obtener información sobre los episodios previos de trastornos del estado de ánimo, los síntomas prodrómicos, el consumo de sustancias psicoactivas o la presencia o ausencia de actores estresantes.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Patrones de comportamiento aceptados por la cultura de referencia.
1. Enfermedades médicas.
2. Trastornos relacionados con sustancias.
3. Trastornos depresivos y bipolares.
4. Otros trastornos psicóticos.
5. Simulación y trastornos facticios.
6. Trastorno de la personalidad.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE: TRATAMIENTO

- Aunque el trastorno es de duración breve la alteración de comportamiento asociada puede ser grave.
- Debe realizarse una supervisión para asegurarse que las necesidades vitales del paciente estén cubiertas y que el sujeto este protegido de las consecuencias que su falta de juicio puede provocar. El riesgo suicida esta aumentado
- Una hospitalización de corta duración puede estar indicada tanto para la evaluación como para la protección del paciente.
- Están indicados en su tratamiento los antipsicóticos incisivos y las benzodiacepinas. Debe evitarse la medicación a largo plazo.
- La presencia de un ambiente estructurado y tranquilo de un hospital puede facilitar a los pacientes recuperar el sentido de la realidad y contribuir a su mejoría clínica.

PSICOSIS POSTPARTO

- Es un trastorno que ocurre después del parto y se caracteriza por depresión grave, ideas delirantes y pensamientos de la madre de dañar al recién nacido o a sí misma.
- La incidencia es de 1 por cada 1.000 nacimientos.

PSICOSIS POSPARTO: ETIOLOGIA

- Se asocia más a los episodios afectivos que psicóticos.
- Un 50% de las mujeres son primíparas y un 50% se asocian a complicaciones perinatales no psiquiátricas.
- Se ha relacionado el cuadro con:
 - ✓ Los cambios hormonales tras el parto.
 - ✓ Acontecimientos perinatales (infecciones, intoxicaciones por sustancias, toxemia, pérdida de sangre).
 - ✓ Circunstancias psicológicas adversas como el hecho de ser un embarazo no deseado o un matrimonio infeliz.

PSICOSIS POSPARTO: SÍNTOMAS CLÍNICOS

- Los síntomas pueden empezar a los pocos días del parto, pero el promedio son 2-3 semanas.
- Inicialmente se presenta con labilidad emocional, inquietud e insomnio (los días que rodean al parto).
- Más tarde se puede presentar confusión, irracionalidad, ideas delirantes y obsesiones acerca del recién nacido (negar el parto, creer que él bebe está muerto, o destinado para un terrible fin...).
- En el 25% de los casos hay alucinaciones auditivas, que en ocasiones pueden hacer referencia a que lesione al bebe.

PSICOSIS POSTPARTO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedades médicas (hipotiroidismo, síndrome de Cushing...) o trastornos relacionados con sustancias (analgésicos como pentazocina o antihipertensivos...).
- Tristeza postparto o blues maternal, cuadro adaptativo de corta duración que afecta hasta el 50% de las mujeres postparto que se caracteriza por llanto, fatiga, irritabilidad y suele mejorar a la semana.
- Depresión postparto, afecta al 10-20% y se caracteriza por estado de ánimo abatido, sentimientos de inadecuación como madre y alteración del sueño. Puede haber pensamientos obsesivos de dañar al bebe, pero sin ideación delirante.
- Trastornos depresivos y bipolares previos, si existen antecedentes.
- Otros trastornos psicóticos.

PSICOSIS POSPARTO: TRATAMIENTO

- Es una urgencia psiquiátrica.
- Las pacientes con riesgo auto o heterolítico precisan ingreso psiquiátrico
- Los tratamientos farmacológicos de elección son los antipsicóticos y el litio, a veces combinado con un antidepresivo.
- Suelen ser beneficiosas las visitas supervisadas con el bebé.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

- *“Trastorno psicótico similar a la esquizofrenia, excepto que dura menos de seis (y más de uno) y que no produce necesariamente deterioro en el funcionamiento laboral o social”.*
- El diagnóstico se realiza en dos situaciones:
 1. Cuando el episodio dura entre 1 y 6 meses y el paciente ya se ha recuperado.
 2. Cuando el paciente tiene síntomas durante menos de los 6 meses requeridos para diagnosticar esquizofrenia, pero todavía no se ha recuperado (Trastorno esquizofreniforme (provisional)).

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME: ETIOLOGIA

- Es poco frecuente. Se ha descrito una prevalencia de por vida del 0,2% y una incidencia hasta 5 veces menor que la esquizofrenia.
- Impresión de ser más común en adolescentes y adultos jóvenes.
- Se desconoce la causa de este trastorno.
- Se supone un grupo heterogéneo de pacientes, algunos más próximos a la esquizofrenia mientras que otros a los trastornos afectivos.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME: CLINICA

- El perfil sintomático inicial es similar a la esquizofrenia, con dos o más síntomas psicóticos positivos o negativos.
- Aunque pueden presentar deterioro funcional en el momento del episodio, los pacientes vuelven al estado basal en 6 meses.
- Generalmente tienen un inicio agudo sin una fase prodrómica larga.
- La probabilidad de desconcierto o confusión emocional es superior al de la esquizofrenia lo que es signo de buen pronóstico.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME: DSM V

A- Presencia de 2 o más de los siguientes síntomas, cada uno de ellos durante una parte significativa del tiempo durante un mes (o menos si se ha tratado con éxito).

Al menos uno de ellos ha de ser el 1, 2 ó 3:

1. Ideas delirantes,
2. Alucinaciones,
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos: aplanamiento afectivo o abulia.

B- El episodio dura por lo menos 1 mes, pero menos de 6 meses. Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como “provisional”).

C- Se han descartado el trastorno esquizoafectivo o el bipolar con características psicóticas.

D- El trastorno no se explica mejor por los efectos fisiológicos de una sustancia o a una afección médica

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME: PRONÓSTICO

- En algunos casos la enfermedad es episódica y pueden producirse varios episodios tras largos periodos de remisión completa. Si la duración combinada de los síntomas supera los 6 meses, se considera esquizofrenia.
- Las personas diagnosticadas inicialmente del trastorno esquizofreniforme provisional, se estima que:
 1. El 60-80%, el diagnóstico provisional se transformará en el de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.
 2. Del 20-40% restante:
 - Algunos presentaran un 2º o 3º episodio tras los cuales evolucionara a una esquizofrenia
 - Otros pocos presentarán ese único episodio y proseguirán con sus vidas.

- El diagnóstico diferencial y los factores de buen pronóstico son similares a la esquizofrenia.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME: TRATAMIENTO

- Los síntomas psicóticos se tratan con antipsicóticos durante 3-6 meses (suelen responder más rápidamente que los pacientes esquizofrénicos).
- Los estabilizadores del ánimo pueden instaurarse como tratamiento y profilaxis en pacientes con episodios recurrentes.
- Puede ser necesaria su hospitalización para realizar una evaluación efectiva, asegurar el tratamiento y supervisar la conducta del paciente.
- La psicoterapia está indicada para integrar la experiencia psicótica en su vida.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

- El concepto de trastorno esquizoafectivo se utiliza para designar a pacientes que presentan de forma simultánea síntomas característicos de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos.
- El trastorno esquizoafectivo se sitúa en un punto intermedio entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos en cuanto a su curso clínico y la evolución.
- Una mayor presencia de síntomas de esquizofrenia conlleva un peor pronóstico.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: EPIDEMIOLOGÍA

- La prevalencia del trastorno esquizoafectivo es un tercio del de la esquizofrenia, aproximadamente del 0,3%.
- Podría constituir un 10-30% de los cuadros psicóticos que se ven en pacientes hospitalizados.
- Es más frecuente en el sexo femenino, fundamentalmente por una mayor incidencia del tipo depresivo en mujeres.
- La edad típica de inicio es el adulto joven, aunque se puede iniciar desde la adolescencia hasta edades avanzadas. Al igual que en la esquizofrenia en las mujeres es más tardía que en los varones.
- Los varones suelen presentar más conducta antisocial, embotamiento e inadecuación afectivos.
- El tipo bipolar se inicia con más frecuencia en los adultos jóvenes mientras que el depresivo en los de mayor edad.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: ETIOLOGÍA

- No se conoce la causa y probablemente son un grupo heterogéneo de pacientes: unos más relacionados con la esquizofrenia, otros con los trastornos del estado de ánimo, un tercer grupo de psicosis independiente y en un último grupo suponga la expresión simultánea de ambos.
- Existe un aumento del riesgo tanto de la esquizofrenia como del trastorno afectivo en los familiares de pacientes con trastorno esquizoafectivo.
- La concordancia entre gemelos monocigóticos en comparación con los gemelos dicigóticos es muy elevada.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: CLÍNICA

- El trastorno esquizoafectivo se define a partir de la presentación y curso longitudinal de un cuadro que combina la sintomatología que clásicamente se ha atribuido a los trastornos afectivos puros con la de la esquizofrenia.
- Los síntomas afectivos pueden presentarse en forma de manía, depresión o ambas, siempre asociados a síntomas psicóticos.
- Durante una exacerbación aguda puede presentarse cualquier síntoma característico de la esquizofrenia, especialmente alucinaciones auditivas, delirios paranoides y autoreferencialidad.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico del trastorno esquizoafectivo es clínico.
- Se debe determinar con exactitud la clínica afectiva y psicótica asegurándose de que se cumplen los criterios de ambos cuadros y la duración precisa de cada episodio.
- El cálculo de la duración total de los episodios es fundamental para el diagnóstico, pero este puede ser difícil en trastornos largos, y la expresión “parte sustancial” del trastorno no está clara.
- Discordancia entre el CIE 10 y DSM V. Para la CIE 10 los síntomas afectivos y psicóticos deben ir siempre juntos, mientras que para el DSM V debe haber al menos dos semanas en que se deben dar síntomas psicóticos en ausencia de sintomatología afectiva.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: DIAGNÓSTICO DSM V

A- Un periodo ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe de forma concurrente:

1- Un episodio mayor del estado de ánimo maníaco o depresivo (que siempre debe incluir depresión del estado de ánimo).

2- Criterios A de la esquizofrenia.

B- Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo durante todo el curso de la enfermedad.

C- Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración de la fase activa y residual de la enfermedad.

D- El trastorno no se explica mejor por los efectos fisiológicos de una sustancia o a una afección médica.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: DIAGNÓSTICO DSM V

Especificar:

- Tipo
- ✓ Tipo bipolar: Debe existir al menos un episodio maníaco pudiendo haber varios episodios depresivos.
- ✓ Tipo depresivo: Debe existir solo episodios depresivos mayores y no haber constancia de ningún episodio bipolar.
- Con o sin catatonia
- Curso.

Similar a la esquizofrenia. (Esto es pasado un año: Primer episodio (actualmente en episodio agudo, en remisión parcial o en remisión total); Episodios múltiples (actualmente en episodio agudo, en remisión parcial o en remisión total); Continuo o Sin especificar).

- Se puede realizar una especificación opcional sobre su gravedad.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: TRATAMIENTO

- El tratamiento más utilizado en los episodios maníacos es la combinación de un antipsicótico atípico con un estabilizador del ánimo, litio o antiepilépticos.
- En el trastorno esquizoafectivo depresivo, los síntomas a veces mejoran con el tratamiento antipsicótico sobre todo con los atípicos, sin necesidad de realizar tratamiento con fármacos antidepresivos. La lamotrigina asociada a antipsicóticos parece ser útil.
- El uso de la terapia antidepresiva debe hacerse con precaución. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se usan frecuentemente como fármacos de primera línea dado su tolerabilidad.
- Las sales de litio es el compuesto más estudiado para el tratamiento de mantenimiento de esta entidad.
- La terapia electroconvulsiva ha resultado eficaz tanto en fases maníacas como depresivas y debe considerarse en los casos de manía intratable.
- No existen estudios sobre la eficacia de la psicoterapia en estos pacientes, si bien se benefician con la formación de habilidades sociales, abordajes psicoeducativos y rehabilitación cognitiva.

TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

“Es un síndrome psicótico caracterizado por la presencia de alucinaciones o delirios cuyo origen se supone relacionado con el uso, intoxicación o abstinencia de una sustancia o medicamento”.

- No existen datos concluyentes sobre su prevalencia o distribución por sexos. Se supone que serían entre el 7-25% de los nuevos casos de psicosis.
- El inicio y el curso puede cambiar de forma considerable según la sustancia:
 - ✓ Los trastornos psicóticos inducidos por cocaína o simpaticomiméticos pueden producirse poco tiempo después de un consumo importante y suelen ser delirios persecutorios o de formicación.
 - ✓ Los trastornos psicóticos inducidos por alcohol o sedantes se producen después de una ingesta prolongada y suele cursar con alucinaciones auditivas
 - ✓ -En pacientes mayores con polifarmacia investigar el inducido por medicamentos.

SUSTANCIAS QUE PUEDEN INDUCIR SÍNTOMAS PSICÓTICOS.

- **Intoxicación** por los siguientes tipos de sustancias:
 - Alcohol, cannabis, alucinógenos como la fenciclidina y otras sustancias relacionadas, inhalantes, sedantes, hipnóticas y ansiolíticas, estimulantes (incluidas la cocaína) y otras sustancias (o sustancias conocidas).
- **Abstinencia** de los siguientes tipos de sustancias:
 - Alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias (o sustancias desconocidas).
- Algunos de los **medicamentos** con los que se ha descrito la aparición de síntomas psicóticos son:
 - Anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y fármacos cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, fármacos antiparkinsonianos, agentes quimioterapéuticos (p. ej., ciclosporina, procarbazona), corticosteroides,

medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos, otros medicamentos de venta sin receta (p. ej., fenilefrina, pseudoefedrina), fármacos antidepresivos y disulfiram.

- **Toxinas** que descrito que pueden inducir síntomas psicóticos son: Inhibidores de la acetilcolinesterasa, insecticidas organofosforados, sarín y otros gases nerviosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono y sustancias volátiles como el combustible o la pintura.

T. PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS: DSM V

A- Presencia de 1 ó los dos de los siguientes:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.

B- Existen pruebas a partir de la historia clínica, exploración física o laboratorio de que:

1. Los síntomas anteriores se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o de la exposición a un medicamento.
1. La sustancia implicada puede causar los síntomas del criterio A,

C- El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por una sustancia/medicamento.

D- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E- El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros ámbitos importantes de funcionamiento.

■ En el DSM-V se debe especifica si:

1. Con inicio durante la intoxicación.
2. Con inicio durante la abstinencia.

■ Se debe codificar la sustancia inductora del cuadro clínico.

■ Son indicativos que puede tratarse de un episodio no inducido por sustancias:

1. Los síntomas fueron anteriores al inicio de la sustancia.
2. Los síntomas persisten durante un periodo importante después del cese de la abstinencia o consumo de la sustancia (Ej.- un mes).

3. Existen antecedentes de episodios psicóticos previos recurrentes no relacionados con el uso de sustancias.

T. PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Intoxicación/abstinencia de sustancias con alteraciones de percepción (existe crítica).
2. Trastorno de la percepción persistente por alucinógenos (fenómenos flash back).
3. Trastorno psicótico primario.
4. Trastorno psicótico debido a otra afección médica (posibilidad de realzar ambos diagnósticos es caso de que concurren etiologías).
5. Síntomas psicóticos en el contexto de un delirium o un deterioro cognitivo.

TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS: TRATAMIENTO

- El trastorno psicótico inducido por sustancias es muy incapacitante requiriendo en muchas ocasiones su traslado a Servicios de Urgencias por lo que necesitan atención inmediata.
- Sin embargo, la incapacidad es autolimitada y se suele resolver al retirar el agente implicado.
- Las medidas a tomar serán tratar la intoxicación o abstinencia que causa el cuadro, protegerlo de sus posibles alteraciones de conducta y tratarla la agitación y delirios con neurolépticos o tranquilizantes.

TRASTORNO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

“Es un síndrome psicótico caracterizado por la presencia de alucinaciones o delirios cuyo origen se supone que es consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica”

- La prevalencia es difícil de estimar dada la gran cantidad en etiologías médicas subyacentes. Se estima una prevalencia en vida entre el 0,21% y el 0,54%.
- La prevalencia aumenta con la edad, teniendo los individuos mayores de 65 años una prevalencia significativamente mayor.
- Las afecciones que más comúnmente se asocian a psicosis son los trastornos endocrinos y metabólicos no tratados, los trastornos autoinmunitarios (lupus...) y la epilepsia del lóbulo temporal.

AFECCIONES MÉDICAS QUE PUEDEN PRODUCIR SÍNTOMAS PSICÓTICOS:

1. Patologías neurológicas: Neoplasias, enfermedad cerebrovascular e infecciones del sistema nervioso central. Enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, epilepsia o disfunción de los nervios visuales o auditivos, sordera, migraña,
1. Patologías endocrinológicas: Hipertiroidismo e hipotiroidismo, hiperparatiroidismo e hipoparatiroidismo, hiperadrenocorticismos e hipoadrenocorticismos.
2. Trastornos metabólicos: Hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia.
3. Alteraciones del equilibrio electrolítico.
4. Enfermedades hepáticas y renales.
5. Trastornos autoinmunitarios con afección del sistema nervioso central: Lupus eritematoso sistémico).

T. PSICÓTICO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA: CLÍNICA

- La clínica viene definida por la presencia de alucinaciones y delirios.
- Las alucinaciones pueden aparecer en cualquier modalidad sensorial (visual, olfativa, auditiva, táctil o gustativa), pueden variar de simples a muy complejas y no mantienen prueba de realidad.
- Las alucinaciones olfativas sugieren epilepsia del lóbulo temporal.

- Los delirios pueden ser de diversos temas, somático, de grandeza, religiosos o persecutorios ...

T. PSICÓTICO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA: DSM V

A- Alucinaciones o delirios destacados.

B- Existen pruebas a partir de la historia clínica, exploración física o laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica de otra afección médica.

C- El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.

D- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E- El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros ámbitos importantes de funcionamiento.

■ En el DSM-V se debe especifica si:

1. Con delirios: si son predominantes.
2. Con alucinaciones: si son predominantes.

■ Se debe codificar la afección médica inductora del cuadro clínico.

■ Destaca como pruebas de que puede tratarse de un episodio debido a una afección médica:

1. Existe una relación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la alteración psicótica.
2. Las características atípicas del trastorno psicótico (p.ej.- edad atípica de inicio o la presencia de alucinaciones visuales u olfativas...).

T. PSICÓTICO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA: DIAGNÓSTICO

■ Los síntomas psicóticos de inicio tardío en ausencia de antecedentes personales o familiares de esquizofrenia sugieren un trastorno psicótico debido a otra afección médica.

■ Las alucinaciones en forma de voces que pronuncian frases completas sugieren esquizofrenia mientras que las olfatorias o visuales un trastorno inducido por sustancias o por otra afección médica.

- El Diagnóstico diferencial se debe realizar principalmente con:
 1. Síndrome confusional.
 2. Trastorno psicótico inducido por sustancias.
 3. Otro trastorno psicótico.

T. PSICÓTICO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA: PRONÓSTICO y TRATAMIENTO

- Puede ser un episodio transitorio o tener un curso recurrente generalmente ligado al curso de la enfermedad subyacente.
- El deterioro funcional es habitualmente grave, pero varía según el tipo de afección subyacente y suele mejorar con la resolución de esta.
- Las medidas a tomar serán tratar la enfermedad médica que causa el cuadro, protegerlo de sus posibles alteraciones de conducta y tratar la agitación y delirios con neurolépticos o tranquilizantes si es necesario.
- El tratamiento médico de la enfermedad subyacente consigue a menudo la resolución de la psicosis, aunque en ocasiones los síntomas psicóticos persisten mucho tiempo después (p. ej., - en el caso de una lesión cerebral focal...).

TRASTORNO DELIRANTE

TRASTORNO DELIRANTE: INTRODUCCIÓN

- El trastorno delirante o trastorno por ideas delirantes es un trastorno psicótico con un sistema delirante estable y bien definido encapsulado en una personalidad que se mantiene en muchos aspectos normales
- Se trata de un trastorno crónico que en muchos casos durará toda la vida.
- La vida del individuo se ve progresivamente afectada por la intensidad y la intrusividad de las creencias delirantes.

EPIDEMIOLOGÍA

- Es un trastorno raro con una prevalencia estimada en torno al 0,2%. Supone el 1-2% de las hospitalizaciones en Salud Mental.
- La incidencia es similar en hombre y mujeres, con variaciones dentro de los diferentes subtipos. El tipo celotípico es probablemente más común en varones.
- La edad de inicio se sitúa entre la adolescencia tardía y la edad extrema, con media a los 40 años.
- Se ha observado una cierta asociación con la deprivación sensorial y el aislamiento social.
- La inmigración reciente con capacidades limitada en el nuevo idioma, las personas con deficiencias auditivas y visuales, los ancianos y el bajo estatus socioeconómico parecen más sensibles a dicho trastorno.

ETIOPATOGENIA

- ⌚ Como sucede con todos los trastornos psiquiátricos mayores no se sabe la causa del trastorno delirante y probablemente sea un grupo heterogéneo de trastornos.
- ⌚ No se ha demostrado una relación genética entre el trastorno delirante y la esquizofrenia o los trastornos afectivos.
- ⌚ Se relaciona con una personalidad premórbida asocial y con los trastornos de personalidad esquizoide y paranoide.

ETIOPATOGENIA

- ⌚ Mecanismo psicodinámico: Freud hablaba de la negación o contradicción y proyección de los impulsos homosexuales reprimidos.
- ⌚ Trastorno del razonamiento. Donde se considera el origen del delirio en alteraciones del pensamiento lógico formal.
- ⌚ Mecanismo psicobiológico: El trastorno delirante parece implicar al sistema límbico o los ganglios basales en pacientes con una corteza cortical cerebral intacta.

TRASTORNO DELIRANTE: CUADRO CLÍNICO

- Este trastorno se caracteriza por ideas delirantes no extravagantes, estables, bien estructuradas y que son expresadas con persistencia.
- Las ideas delirantes del trastorno delirante en relación a las de la esquizofrenia son:
 - ✓ Secundarias a interpretaciones delirantes.
 - ✓ Están bien estructuradas.
 - ✓ Coherentes, presentan una lógica interna dentro de la idea delirante (el paciente interpreta los hechos para adecuarlos al delirio).
 - ✓ Persistentes.
 - ✓ Permiten el buen funcionamiento social.
 - ✓ No son criticadas por el paciente, en muchas ocasiones minimizadas o negadas por lo que rechaza el tratamiento.

TRASTORNO DELIRANTE: CUADRO CLÍNICO

- Los pacientes suelen estar aseados y vestidos de forma adecuada. En ocasiones son litigantes y en otras, conciliadores intentando captar al terapeuta como un aliado de sus ideas delirantes.
- La orientación, memoria y otros procesos cognitivos suelen estar intactos.
- Si aparecen alucinaciones estas son ocasionales y transitorias, generalmente auxiliares y en concordancia con el tema delirante.

- El estado de ánimo del paciente concuerda con el contenido de sus ideas delirantes. Un paciente con ideas delirantes de grandiosidad está eufórico; uno con ideas delirantes persecutorias es suspicaz. Cualquiera que sea la naturaleza del sistema delirante, el examinador puede notar ciertas cualidades depresivas de fondo.
- Según el contenido delirante debe evaluarse a los pacientes en busca de ideación o planes de actuación en forma de suicidio, homicidio u otros actos de violencia.
- Los pacientes con trastorno delirante prácticamente carecen de introspección sobre su enfermedad y rara vez se cuestionan las interpretaciones y acepte el tratamiento, siendo casi siempre sus familiares o la policía quien lo traslada al hospital.
- Los pacientes con trastorno delirante habitualmente transmiten una información fiable, excepto en lo tocante a su sistema delirante.

TRASTORNO DELIRANTE: EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO

- El inicio súbito es más común que el inicio gradual y con frecuencia viene acompañado por un factor estresante psicosocial identificable (inmigración reciente, los conflictos sociales con miembros de la familia o amigos y el aislamiento social...).
- En la mayoría de pacientes, la enfermedad es crónica, aunque la intensidad de la idea delirante puede fluctuar.
- Se piensa que las personas con trastorno delirante tienen una inteligencia inferior a la media y una personalidad premórbida dominante e hipersensible.
- Con el seguimiento a largo plazo, aproximadamente el 50 % de los pacientes se ha recuperado, el 20 % presenta una reducción de los síntomas y el 30 % no presenta ningún cambio.
- El sexo femenino y aunque los datos fiables son escasos, se cree que los pacientes con ideas delirantes persecutorias, somáticas y eróticas tienen mejor pronóstico.

TRASTORNO DELIRANTE: DSM V (1)

A- Presencia de uno más delirios de por lo menos 1 mes de duración.

B- Nunca se ha cumplido el criterio A para la esquizofrenia, salvo la posibilidad de existencia de alucinaciones siempre no sean importante y estén en relación con el tema delirante (Ej.- sensación de estar infectado por insectos en los delirios de infestación).

C- Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus consecuencias, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es extraño ni extravagante.

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 periodos delirantes.

E- La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica ni se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismorfofobico corporal o el trastorno obsesivo compulsivo.

TRASTORNO DELIRANTE: DSM V (2)

Especificar:

- I. El Tipo: Persecutorio. Celotípico. Erotomaniaco. De grandeza. Somático. Mixto. Sin especificar.
- II. Con contenido extravagante.
- III. Curso al año de evolución (Similar a la esquizofrenia).

(Esto es pasado un año: Primer episodio (actualmente en episodio agudo, en remisión parcial o en remisión total); Episodios múltiples (actualmente en episodio agudo, en remisión parcial o en remisión total); Continuo o Sin especificar).

Se diferencia principalmente con el CIE-10 por el tiempo de presencia de las ideas delirantes: La CIE 10 requiere al menos tres meses, mientras que en el DSM V es solo un mes. Además, el CIE-10 admite que puede haber deterioro.

TRASTORNO DELIRANTE: TIPO PERSECUTORIO.

- El tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, de que le engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan, lo difaman, lo acosan o le impiden que consiga objetivos a largo plazo.

- Los pacientes pueden exagerar pequeños desaires que se convierten en el foco de un sistema delirante.
- El sujeto frecuentemente se muestra agraviado, resentido o enfadado y pueden recurrir a la violencia contra aquellos que cree que le están haciendo daño o intentar desquitarse mediante continuas acciones legales (paranoia litigante)...
- Es el subtipo más frecuente.

TRASTORNO DELIRANTE: TIPO CELOTÍPICO

El tema central del delirio es que la pareja le es infiel.

- Se llega a esta creencia sin motivo justificado, basándose en inferencias incorrectas apoyadas en pequeños indicios (Ej.- Almohada mal colocada...).
- Puede aparecer de forma repentina y servir para explicar múltiples acontecimientos presentes y pasados de la conducta del cónyuge.
- La idea delirante afecta más a los varones, con frecuencia sin antecedentes psiquiátricos.
- El individuo se puede encarar con su pareja o amante e intentar interponerse en la infidelidad imaginada. En ocasiones pueden ser potencialmente peligrosos y se han asociado a actos de violencia.
- Es difícil de tratar y en ocasiones se resuelve únicamente con la separación, el divorcio o la muerte del cónyuge.

También se le conoce como “síndrome de Otelo” o “paranoia conyugal

TRASTORNO DELIRANTE: TIPO EROTOMANÍACO

El tema central de delirio es que otra persona está enamorada del paciente. Habitualmente es de un estatus superior, aunque puede ser un desconocido.

- Suele suceder en personas solitarias, retraídas, inhibidas sexualmente y con un funcionamiento social o laboral por debajo de lo normal.
- Aunque entre los varones el trastorno es menos común que entre las mujeres, estos pueden ser más agresivos y violentos lo que puede provocar un contacto inicial policial más que psiquiátrico
- Los denominados asediadores, que siguen constantemente a sus amantes imaginados, con frecuencia presentan ideas delirantes.

- La evolución puede ser crónica, recurrente o breve. La separación del objeto de amor puede ser la única intervención satisfactoria

También se le conoce como “síndrome de Clérambault” o “psicosis pasional”.

TRASTORNO DELIRANTE: TIPO SOMÁTICO

El tema central del deliro implica funciones o sensaciones corporales.

- El trastorno difiere de los restantes trastornos con síntomas hipocondríacos y dismorfofobicos en el grado de alteración de la realidad. En él, la idea delirante es fija e indiscutible. Se presenta intensamente porque el paciente está totalmente convencido de la naturaleza física del trastorno.
- Los pacientes con el trastorno delirante de tipo somático raramente acuden para valoración psiquiátrica, pero frecuentemente acuden a otros especialistas, como dermatólogos, cirujanos plásticos, urólogos, especialistas en el sida y, ocasionalmente, por dentistas o gastroenterólogos.

El trastorno delirante con ideas delirantes somáticas también se ha denominado “*psicosis hipocondríaca monosintomática*”.

Se distinguen tres subtipos particulares en el Trastorno delirante tipo somático:

1. Ideas delirantes de infestación (incluida la parasitosis); los fenómenos sensitivos táctiles suelen estar vinculados con las creencias delirantes
2. Ideas delirantes de dismorfofobia, como deformidad, fealdad o tamaño exagerado de ciertas partes corporales (esta categoría parece estar más próxima a la del trastorno dismórfico corporal).
3. Ideas delirantes de malos olores corporales (*bromosis*) o halitosis.

TRASTORNO DELIRANTE: TIPO DE GRANDIOSIDAD

- El tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento, conocimientos, una misión especial o de haber hecho algún descubrimiento importante.

- Menos frecuentes es que tiene una relación con una persona importante o que el mismo es una persona importante.
- En ocasiones tienen un contenido religioso.
- El trastorno delirante con ideas delirantes de grandiosidad también se conoce como “megalomanía”.

TRASTORNO DELIRANTE: OTROS TIPOS

Tipo mixto

Este diagnóstico se reservará a los casos en que no predomine un único tipo de idea delirante.

Tipo no especificado

- Se reserva para los casos en que no puede subtipificarse la idea delirante predominante en las categorías previas
- El “síndrome de Capgras”, describió la “*ilusión de los sosias*” o la ilusión de los dobles y consiste en la creencia de que una persona familiar ha sido reemplazada por un impostor.
- El “trastorno *delirante nihilista*” o “*síndrome de Cotard*”: creen estar muerto (tanto figurada como literalmente), estar vacío por dentro, que le faltan sus órganos o una parte de su cuerpo, estar pudriéndose o simplemente no existir.

PARAFRENIA

- Término clásico actualmente en desuso usado por Kraepelin para designar a un cuadro intermedio entre la esquizofrenia y el trastorno delirante.
- Consiste en un síndrome psicótico caracterizado por la presencia de fenómenos alucinatorios e ideas delirantes extravagantes de carácter fantástico y con una gran riqueza imaginativa parcialmente sistematizadas, de forma similar a la esquizofrenia.
- No presenta trastornos formales de pensamiento ni evoluciona al deterioro como los trastornos delirantes.
- Actualmente podrían diagnosticarse de Trastorno delirante no especificado con ideas extravagantes o una Esquizofrenia tipo paranoide o indiferenciada.

TRASTORNO DELIRANTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Síndrome confusional, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias.
2. Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme.
3. Trastornos depresivos, bipolares y trastorno esquizoafectivo.
4. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, incluyendo el trastorno dismorfofóbico corporal.
5. Trastorno paranoide personalidad.

La diferenciación clínica entre la suspicacia extrema y la idea delirante franca puede ser difícil. En general, si el médico duda de que el síntoma sea una idea delirante no deberá establecerse el diagnóstico de trastorno delirante.

TRASTORNO DELIRANTE: TRATAMIENTO

- La principal dificultad que se presenta en el tratamiento de los trastornos delirantes es la escasa adherencia al tratamiento dada la escasa conciencia de trastorno de estos pacientes.
- Los pacientes son reacios a acudir a las consultas e iniciar cualquier tipo de tratamiento y, si lo toman, son muy sensibles a los efectos secundarios.
- No se dispone de estudios controlados sobre el tratamiento farmacológico, pero la tendencia actual consiste en tratar los trastornos delirantes con neurolépticos, tal y como indican las guías clínicas para el tratamiento de la esquizofrenia.
- Se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis efectiva más baja, aumentando en caso necesario y de forma gradual para evitar efectos secundarios con el consiguiente abandono.

TRASTORNO DELIRANTE: TRATAMIENTO

- El tratamiento se continúa durante un periodo indefinido, dado que las recaídas se asocian a un abandono de la medicación
- Un 10% de los pacientes presentan depresión postpsicótica, con aumento del riesgo de suicidio. Se recomienda en estos casos mantener la dosis mínima eficaz de neuroléptico y añadir antidepresivos a dosis completas. Hay que evitar el tratamiento con IMAO debido ya que empeoran las ideas delirantes

- La terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia convencional se pueden utilizar para reducir la preocupación por las falsas creencias y el aislamiento.
- Si no se observa mejoría a pesar del tratamiento farmacológico, hay que pensar en primer lugar en un abandono de éste.

TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (<i>FOLIE À DEUX</i>)
--

- El trastorno se caracteriza por la transferencia de ideas delirantes de una persona a otra. Ambas personas están estrechamente relacionadas durante un tiempo y normalmente conviven en un aislamiento social relativo.
- Una persona (caso secundario o paciente sumiso) recibe este diagnóstico cuando desarrolla síntomas psicóticos durante una relación prolongada con otra persona que ya presentaba síntomas similares previamente (paciente dominante, inductor o paciente primario).

TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (*FOLIE À DEUX*): EPIDEMIOLOGÍA

- Es un caso raro, disponiéndose sobre todo descripción de casos clínicos.
- Más común en mujeres, en sujetos de edad avanzada, con escasa inteligencia, con enfermedad cardiovascular, abuso de alcohol, alteraciones sensitivas o incapacidades físicas que los convierten en dependientes del paciente primario.
- Prácticamente todos los casos implican miembros de una misma familia. Las relaciones más comunes son hermana-hermana, marido-mujer y madre-hijo.

TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (*FOLIE À DEUX*): CLÍNICA

- El síntoma fundamental es la aceptación incuestionable de los delirios de otra persona.
- La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.
- El contenido del delirio suele ser de tipo persecutorio o hipocondríaco.
- El pronóstico es bastante bueno para el receptor sumiso si es posible separarlo de la parte dominante.
- Pactos de suicidio u homicidio pueden estar presentes.

TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (*FOLIE À DEUX*): TRATAMIENTO

- Es muy importante separar a la persona afectada de la fuente del delirio.
- Se utilizan antipsicóticos y hospitalización si es preciso.
- Para prevenir la recurrencia del síndrome se puede utilizar terapia familiar y apoyo social para modificar la dinámica de la familia.
- En general, el caso secundario abandonará la creencia delirante (en ocasiones esto ocurre sin ninguna otra intervención terapéutica) mientras que el inductor mantendrá la falsa creencia.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Manual del Residente en Psiquiatría. Ene Life Editores, 2009.
- ✓ Palomo. T y Jiménez Arriero: Tratado de Psiquiatría. Ene Life Editores, 2009.
- ✓ Sadock, B.J.; Sadock, V.A.; Ruiz, P.: *Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría*. 11ª Edición. Wolters Kluwer, 2015.
- ✓ Stahl, S.M.: *Psicofarmacología Esencial de Stahl*. 3ª Edición. Grupo Aula Médica, 2012.
- ✓ Vallejo Ruiloba, J.: *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. 8º Edición. ElveisserMasson, 2015.