



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ, CHIS.**

**CRECIMIENTO Y DESARROLLO
TERCER PARCIAL**

**TEMA:
PSICOSIS**

**INTEGRANTES DE EQUIPO:
- Ángel Gerardo Valdez Cuxim
- Carlos Manuel Lázaro Vicente**

**DOCENTE:
DR. SAUL PERAZA MARIN**

TERCER SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

PSICOSIS

(Ángel Gerardo Valdez Cuxim)

La observación directa es el principal medio de observación del pediatra. Su ubicación le permite ver y observar al niño y su entorno en situaciones privilegiadas y con continuidad en el tiempo. La consulta pediátrica es fuente de enseñanza para quien sepa ver y oír.

El trabajo psicoterapéutico del pediatra es también original. No es una psicoterapia en el sentido de “un reacondicionamiento de las organizaciones pulsionales y las relaciones objetales”, la relación es siempre triangular: niño-padres-pediatra, y aparece investida de una cualidad transferencial cuyo conocimiento contribuye a la posibilidad de manejar sus aspectos positivos y negativos.

En general, definiremos como psicóticos aquellos niños que continúan anclados rígida y anacrónicamente en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba mágicoanimista o intuitivo-simbólico en el que el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos. Son niños que no distinguen entre su realidad interna (sus fantasmas y sus fantasías) y el mundo externo, de manera que vivencian sus miedos como realidades inmediatas, masivas y oceánicas. Es un trastorno que afecta al desarrollo y la personalidad del niño.

A modo de esquema expositivo abordaré las psicosis infantiles por el siguiente orden: 1. Brote psicótico agudo; 2. Psicosis disarmónica; 3. Psicosis deficitaria; 4. Esquizofrenia del adolescente y 5. Autismo.

DATOS ETIOLÓGICOS DE LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

Los desacuerdos acerca de la etiología son más por pertenencia a escuelas que por la índole de los hallazgos. Van Os y Sham observan que se precisa la acción multifactorial para comprender la etiología de las psicosis, e incluso inciden en la posibilidad de que si se utilizaran criterios diagnósticos diferentes, las tasas podrían ser distintas, ya que no hay factores de riesgo genético específicos de tipo cualitativo, por lo que solamente hay diferencias cuantitativas.

Las psicosis de inicio temprano o “Early Onset Psychosis” son un conjunto de cuadros heterogéneos y graves de síntomas psicóticos que aparecen antes de los 18 años. Las primeras referencias de psicosis con un inicio precoz aparecen en el siglo XIX cuando Kraepelin (1896) describe la demencia precoz de inicio en infancia y adolescencia como “una serie de estados, cuya característica común es una destrucción de las conexiones internas de la personalidad, y cuyos efectos predominan en las esferas emocional y volitiva de la vida mental.

CLÍNICA DE LAS PIT (PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO)

Al igual que en la población adulta, la clínica de las psicosis de inicio temprano engloba síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones formales del pensamiento) y negativos, que incluyen entre otros, pobreza de lenguaje, afecto restringido e inadecuado o aislamiento social

Síntomas positivos:(Fenómenos Alucinatorios)

Las alucinaciones más frecuentes en población infantil son las auditivas. Aparecen en un 80 % de los niños con sospecha diagnóstica de esquizofrenia y suelen presentar las características “scheinederianas” clásicas: voces que proceden del espacio externo y que toman la forma de varias voces comentadoras o críticas de la conducta del paciente.

Síntomas negativos Los síntomas negativos expresan un déficit de determinadas funciones y se han considerado generalmente una característica de rasgo en las psicosis, a diferencia de los síntomas positivos, que parecen fluctuar más en las diferentes fases de la enfermedad. Este tipo de síntomas están correlacionados con el grado de deterioro cognitivo

Síntomas Asociados La psicosis suele ir acompañada de otra sintomatología en las esferas de la psicomotricidad, alteraciones de la afectividad, y de trastornos de la conducta. Los trastornos de conducta que se presentan en las psicosis pueden ser por defecto, en forma de una reducción general de la energía, la iniciativa o la espontaneidad, o por exceso, encontrándose un nivel alto de excitación motora con conductas auto y heteroagresivas.

Los cambios en la conceptualización histórica de las Psicosis de Inicio Temprano han determinado la invalidez de muchos de los hallazgos de la investigación inicial en este campo, existiendo un creciente desarrollo en su investigación en los últimos años. Los hallazgos encontrados apuntan a muchas similitudes etiopatogénicas con las psicosis del adulto que tienen implicaciones importantes en el campo de la intervención precoz ya que la emergencia de la sintomatología psicótica no sería el verdadero debut de la enfermedad sino el punto de inicio de un proceso de neurodegeneración que llevaría a un deterioro funcional mucho más marcado y a la cronicidad.

La importancia de una intervención precoz y efectiva en el pronóstico de las psicosis obliga, además de mejoras en la identificación temprana, a la necesidad de investigación sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en esta población.

(Carlos Manuel Lázaro Vicente)

DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA POR POSIBLE PSICOSIS

Cuando el niño o el adolescente experimentan síntomas psicóticos transitorios o atenuados (como alucinaciones o delirios fugaces) u otras experiencias que sugieran una posible psicosis.

El umbral para la determinación de si el pensamiento está deteriorado varía un tanto en diferentes contextos culturales. Al igual que la ansiedad, los síntomas psicóticos pueden aparecer en una gran variedad de trastornos mentales. Se asocian, de forma muy característica con la esquizofrenia, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en los trastornos graves del estado de ánimo. Uno de los grupos más comunes de síntomas que resultan del trastorno del procesamiento y la interpretación de la información sensorial son las alucinaciones.

Se denomina **alucinación** cuando un individuo experimenta una impresión sensorial que no tiene base real. Esta impresión puede implicar cualquiera de las

modalidades sensoriales. Así, las alucinaciones pueden ser auditivas, olfatorias, gustatorias, cinestésicas, táctiles o visuales.

Los tratamientos psicológicos que están demostrando su utilidad para el manejo de este trastorno, se concluye que son las intervenciones familiares y las de tipo cognitivo-conductual las que mayor eficacia han demostrado empíricamente

Prevención de la resistencia al tratamiento, implicando al entorno si fuera necesario, para asegurar la adherencia al tratamiento y la prevención del estigma social. Una de las características más habituales que aparecen al inicio es que el paciente presenta dificultades para aceptar el tratamiento.

No es poco frecuente que las personas abandonen el tratamiento farmacológico en estos primeros momentos. Entre los factores que dificultan la adherencia se incluyen no sólo los efectos secundarios de la medicación, sino también la resistencia de la persona a reconocer que necesita ayuda.

Control y reducción de síntomas psicóticos positivos, mediante tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual. La inclusión de la terapia cognitivo-conductual cuenta con una elevada evidencia empírica sobre su eficacia. Dentro de las estrategias más utilizadas, se encuentran las técnicas cognitivas de retribución (para cuestionar las ideas delirantes).

Tratamiento temprano de otras patologías asociadas. Es bastante frecuente que estos pacientes, especialmente al inicio de la enfermedad, presenten una elevada incidencia de otros problemas psicológicos comórbidos como, por ejemplo, abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas, depresión, evitación social, estrés, deseo o intentos de suicidio, entre otros.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Risperidol 4 mg

CLASIFICACIÓN

En nuestra opinión, en base a lo que la historia de la psiquiatría ha estudiado durante más de cien años, las psicosis agudas existen. Las personas que se vuelven locas y luego se recuperan de forma espontánea, existen. Y si no las reconocemos como tales sino que les condenamos a un diagnóstico de psicosis crónica, no estamos haciendo nuestro trabajo, que no es otro que ayudarles a recuperarse.

TRASTORNO DELIRANTE

Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de alucinaciones y delirios. Personas que tienen este trastorno suele tener delirios que no son extraños, podrían ocurrir en la vida real, como ser perseguido, envenenado, entre otros. Estos delirios suelen estar relacionados con una mala percepción de determinadas experiencias, es decir, el delirio podría ser una exageración de una situación real.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

Es un trastorno mental que se caracteriza por síntomas psicóticos persistentes junto con síntomas del estado de ánimo como depresión o trastorno bipolar. Niños o adolescentes con este trastorno suelen experimentar alucinaciones y delirios junto con síntomas de manía o depresión (trastorno bipolar). Este trastorno es el que presenta mayor asociación con un peor pronóstico en niños.

TRASTORNOS PSICÓTICOS BREVES

Es un trastorno de corta duración que presenta síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios). Estos síntomas aparecen sin previo aviso y el episodio dura aproximadamente 1 mes.

TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

Este trastorno ocurre cuando el adolescente toma sustancias legales o ilegales de una forma que produce psicosis. Hay numerosas sustancias que se han relacionado con la aparición de psicosis o con un empeoramiento de los síntomas psicóticos.

BIBLIOGRAFÍAS

- Pombo, A.. (2006). Las psicosis infantiles en las consultas de pediatría. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, pp.5-17.
- Pedreira, J.. (2009, Abril). Formas clínicas de la psicosis en la infancia. *Anales de pediatría continuada*, Vol. 7. Núm. 2., pp. 114-120.
- Martín, R., & Paya, B.. (2016, Noviembre-Diciembre). Early onset psychosis: a review. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, Vol.4, pp. 458-468.
- Salvador ,G..(2001,3 de abril) Diagnóstico de los trastornos de psicosis, *Medicina, Salud y Paciente* pp 5-10
- Amaia V.a , Miguel H., Miguel R. , Jose G(2015) De la psicosis aguda al primer episodio psicótico, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* pp .731-748
- Alejandro Florit Robles (2009, 9 de diciembre) la intervención temprana de la psicosis *INFOCOP* pp .1-2