



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

**FISIOPATOLOGIA III
SEGUNDA UNIDAD**

**TEMA:
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESION**

**ALUMNO:
ANGEL GERARDO VALDEZ CUXIM**

**DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA**

CUARTO SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

ESQUIZOFRENIA

DEFINICION

La esquizofrenia es un Trastorno mental grave que afecta la capacidad de una persona para pensar, sentir y comportarse de manera lúcida. por el cual las personas interpretan la realidad de manera anormal.

ETIOLOGIA

No existe una teoría etiopatogénica única, si bien la que cuenta con más apoyo sostiene que la heterogeneidad en su presentación clínica, curso, respuesta a tratamiento y factores asociados responde a una etiopatogenia variada que produce síndromes conductuales similares agrupados bajo la misma denominación de esquizofrenia.

La complejidad de la esquizofrenia es el resultado de una complicada combinación e interacción de factores genéticos y ambientales que influyen en el desarrollo madurativo cerebral.

FISIOPATOLOGIA

Se han descrito diversas anomalías de la citoarquitectura del córtex que sugieren una desorganización neuronal propia de una interrupción de la migración neuronal durante el segundo trimestre de la gestación con patrones aberrantes de la conectividad cortical y corticosubcortical cuando las neuronas establecen sus redes de aferencias y eferencias.

Las alteraciones neuroanatómicas señaladas en la esquizofrenia parecen encajar en un trastorno prenatal del desarrollo cerebral que afectaría principalmente a las redes neuronales temporolímbicas y del córtex prefrontal, estrechamente interconectadas y básicas para la integración afectiva, perceptiva e intelectual. La alteración de estas redes provocaría una disregulación de la neurotransmisión que mediaría la clínica de la enfermedad y una especial vulnerabilidad al estrés. La causa de esta anomalía del neurodesarrollo sería genética en la mayoría de los casos y afectaría al desarrollo cerebral ya en el segundo trimestre del embarazo

CUADRO CLINICO

En la historia premórbida típica, aunque no siempre presente, los pacientes han tenido una personalidad previa esquizoide (reservada, pasiva e introvertida) o esquizotípica (extravagancia, cogniciones distorsionadas, pensamiento mágico). El primer episodio a menudo viene precedido durante meses, e incluso años, por signos y **síntomas prodrómicos**, de escasa utilidad diagnóstica ya que son identificados casi invariablemente de forma retrospectiva. Consisten en cambios en el comportamiento (pasividad, irritabilidad), deterioro del funcionamiento laboral, social y personal (aislamiento social y descuido de la higiene personal) y también quejas somáticas inespecíficas. **Otros síntomas y signos prodrómicos** son una conducta notablemente extraña, la afectividad anormal, lenguaje e ideas estafalarias y experiencias perceptuales raras.

La identificación de un caso normalmente comienza con la observación de **síntomas psicóticos** (alucinaciones, ideas delirantes o una desorganización del proceso del pensamiento que conllevan una pérdida de contacto con la realidad en una persona con un nivel de conciencia normal) y conducta extravagante, pero muchos pacientes tienen también síntomas negativos (de déficit), como bajos niveles de activación emocional, de actividad mental y de motivación social.

Los **síntomas positivos** (o productivos) reflejan la presencia de fenómenos distintivos: alucinaciones, ideas delirantes, trastornos formales del pensamiento (incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad e ilogicalidad), conducta extravagante o desorganizada y catatonia.

Entre los **síntomas negativos** (o de déficit) que reflejan la ausencia de un funcionamiento social e interpersonal normal se encuentran: pobreza de lenguaje y pensamiento (alogia), bloqueos, embotamiento o aplanamiento afectivo, retraimiento social, escaso autocuidado, apatía, anhedonia y abulia (pérdida de motivación, anergia e inconstancia en las actividades).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico continúa siendo clínico y por exclusión de otros procesos ya que, además de que los síntomas no son patognomónicos, las pruebas complementarias bioquímicas, de neuroimagen funcional y estructural, fisiológicas y psicológicas carecen de la sensibilidad y especificidad requeridas para realizar un diagnóstico definitivo.

El DSM-5® define seis dimensiones en la esquizofrenia: 1) síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones); 2) síntomas del humor (depresión o manía); 3) desorganización; 4) síntomas negativos; 5) cognición, y 6) síntomas motores. Cada síntoma se puntúa de 0 a 4, según criterios de gravedad.

Los síntomas deben estar presentes en la mayor parte del tiempo durante 1 mes o más. Las situaciones similares que duren menos de 1 mes se diagnostican como trastorno esquizofreniforme.

TRATAMIENTO:

El tratamiento es farmacológico en la fase aguda y de mantenimiento de la enfermedad, complementado con intervenciones psicosociales en etapas posteriores (psicoterapia individual, rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, etc.).

FARMACOLOGICO: La medicación antipsicótica es especialmente efectiva para el tratamiento de los síntomas positivos y la desorganización. Los antipsicóticos comportan una clara mejoría de su sintomatología en el 60% de los pacientes, mientras que el 40% mejoran poco y, de ellos, un 10% no mejoran.

Se están desarrollando tratamientos complementarios para los déficits cognitivos y los síntomas negativos.

Todos los antipsicóticos actúan bloqueando el receptor D2 de la dopamina con diferentes grados de afinidad por este. El bloqueo de receptores D2 a nivel mesolímbico disminuye la activación de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, con lo que reduce los síntomas positivos de la enfermedad.

TX PSICOSOCIAL Y REHABILITADOR: A pesar de la eficacia de la farmacoterapia para los síntomas positivos, el déficit cognitivo y social necesita un tratamiento psicológico y rehabilitador: entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y terapia de familia y psicoeducación, que ayuda a reducir la emoción expresada familiar y la tasa de recaídas y mejora el funcionamiento social del paciente.

COMPLICACIONES:

Si no se trata, la esquizofrenia puede dar lugar a graves problemas que afectan a todos los ámbitos de la vida. Las complicaciones que la esquizofrenia puede causar o con las que esta puede estar asociada incluyen las siguientes:

- Suicidio, intentos de suicidio y pensamientos de suicidio
- Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Depresión
- Abuso de alcohol o de otras drogas, incluida la nicotina
- Incapacidad para trabajar o asistir a la escuela
- Problemas financieros y falta de vivienda
- Aislamiento social
- Problemas de salud y médicos
- Victimizarse
- Comportamiento agresivo, aunque es poco común

DEPRESION

DEFINICIÓN

La depresión es un trastorno caracterizado por un descenso persistente en el ánimo, pensamientos negativos y, en algunos casos, síntomas somáticos. Es una de las enfermedades más frecuentes tanto en el ámbito de la psiquiatría como en el de la atención primaria de salud.

ETIOLOGÍA

Algunas personas pueden tener una predisposición genética al desarrollo de depresión.

Posibles factores que contribuyen

- Desilusión en el hogar, el trabajo o la escuela
- Muerte de un amigo o familiar
- Dolor prolongado o sufrir una enfermedad importante
- Afecciones médicas, como hipotiroidismo, cáncer o hepatitis
- Fármacos, como sedantes y antihipertensivos
- Abuso de alcohol o drogas
- Estrés crónico
- Abuso o desatención
- Aislamiento social
- Carencias nutricionales (p. ej., ácido fólico, ácidos grasos omega 3)
- Problemas para dormir

FISIOPATOLOGÍA

Se cree que el mecanismo subyacente de la depresión es un desequilibrio de los neurotransmisores. En una persona con concentraciones normales de neurotransmisores, la serotonina y la noradrenalina son liberadas por una neurona y se desplazan hacia otra, activando sus receptores. Una vez activados, los neurotransmisores son captados por la neurona presináptica. Un

paciente con depresión tiene concentraciones insuficientes de serotonina o noradrenalina que no permiten la transmisión normal de los impulsos.

CUADRO CLÍNICO

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas)

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa en la clínica, donde la tristeza, la pérdida de interés y la falta de energía son los síntomas más característicos. La depresión mayor puede ser bipolar o unipolar. La unipolar se clasifica como un trastorno depresivo, que puede ser recurrente, y la bipolar, cuya característica principal es la de ir precedida de un episodio maníaco o hipomaníaco, se clasifica actualmente en un capítulo aparte, el de los trastornos bipolares. Las depresiones unipolares que no alcanzan la gravedad de un episodio depresivo mayor pero que causan

discapacidad por su tendencia a la cronicidad se denominan distimia o trastorno depresivo persistente.

Se utilizan varios cuestionarios para detectar síntomas depresivos, incluyendo:

- Inventario de depresión de Beck
- Escala para la depresión del Center for Epidemiological Studies
- Escala de autovaloración de la depresión de Zung

TRATAMIENTO

- Inhibidores de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina y sertralina
- Antidepresivos tricíclicos, como la nortriptilina y desipramina
- Venlafaxina
- Nefazodona
- Bupropión
- Inhibidores de la monoaminooxidasa
- Psicoterapia
- Tratamiento electroconvulsivo
- Ejercicio
- Grupos de apoyo
- Literatura de autoayuda
- Luminoterapia

COMPLICACIONES

Los ejemplos de las complicaciones relacionadas con la depresión comprenden:

Sobrepeso u obesidad, que pueden derivar en enfermedades cardíacas o diabetes

- Dolor o enfermedad física
- Consumo inapropiado de alcohol o de drogas
- Ansiedad, trastorno de pánico y fobias sociales

- Conflictos familiares, dificultades en tus relaciones y problemas en la escuela o el trabajo
- Aislamiento social
- Sentimientos suicidas, intentos de suicidio o suicidio
- Automutilación, como por ejemplo cortes
- Muerte prematura a raíz de enfermedades