



TEMA:

**ESQUIZOFRENIA Y
DEPRESIÓN.**

12-4-2021

**NOMBRE DEL ALUMNO: MUSSOLINI MACNEALY
PAZ.**

**NOMBRE DEL DOCENTE: EDUARDO ZEBADUA
GUILLEN.**

MATERIA: FISIOPATOLOGÍA LLL.

**NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD
DEL SURESTE.**

CARRERA: MEDICINA HUMANA.

SEMESTRE: 4TO PARCIAL: 2DO PARCIAL

“ESQUIZOFRENIA”.

La esquizofrenia “es un trastorno grave del neurodesarrollo que dura toda la vida y que afecta la forma cómo una persona piensa, siente y se comporta”.

Las personas con esquizofrenia pueden tener delirios, alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizado y capacidad cognitiva alterada. Pueden escuchar voces o ver cosas que no están allí. Pueden pensar que otras personas están leyendo sus mentes, controlando sus pensamientos o intentando hacerles daño. Estos comportamientos pueden asustar y desconcertar a las personas con la enfermedad y hacer que se aíslen de los demás o se pongan sumamente agitados. También puede hacer que sea aterrador o desconcertante para las personas que los rodean. Las personas con esquizofrenia a veces hablan sobre cosas extrañas o inusuales, lo que puede dificultar el mantener una conversación con ellos. Pueden sentarse durante horas sin hablar ni moverse. A veces, las personas con esquizofrenia parecen estar perfectamente bien hasta que hablan de lo que están pensando.

“ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA”

No existe un factor etiológico único en la esquizofrenia, sino que su aparición depende de factores que afectan el genotipo y el fenotipo. En este sentido, se admite una predisposición genética a la adquisición de determinadas alteraciones de la estructura y el funcionamiento del sistema neuroendocrino que condicionan una vulnerabilidad al estrés. Se acepta también que el mecanismo de defensa que el niño adquiere desde su primera infancia en relación con las personas más significativas de su entorno le permite modular, de forma más o menos adecuada, los estímulos exteriores. Los acontecimientos vitales estresantes se hallan contrarrestados por los mecanismos de apoyo comunitario (familia, redes sociales). Sólo cuando sobrepasan a éstos se hace necesaria la intervención de los mecanismos de defensa que, si no son suficientes, obligan a entrar en acción a los sistemas biológicos de adaptación. Cuando una fragilidad heredada de estos sistemas biológicos les hace incapaces de contrarrestar los estímulos estresantes se produce la esquizofrenia.

Factores genéticos: Los primeros indicios de la heredabilidad de la esquizofrenia surgieron de los estudios de prevalencia que demostraron que, si el riesgo de padecimiento del trastorno es en la población general del 0,2-2%, en los padres de enfermos es del 2-12%, en los hermanos (incluidos los gemelos dicigotos) del 8-18% y en los gemelos monocigotos alcanza en algunas muestras el 86%. La concordancia entre hermanos no puede explicarse sólo por la influencia de una supuesta acción educativa nociva similar de los padres puesto que la concordancia en los gemelos monocigotos criados separados es muy elevada (77,6% en un estudio de Kallman). Sin embargo, el hecho de que esta concordancia sea superior en los criados conjuntamente (91,5%) subraya también la importancia causal de la interacción con los padres.

Las investigaciones genéticas parecen confirmar que la esquizofrenia es un trastorno poli génico. Estudios recientes que detectaban alteraciones en el brazo corto del cromosoma 5 (trisomía o polimorfismo) no han podido ser reproducidos. Sin embargo, es sugestivo que el gen responsable de los receptores dopaminérgicos D1 se encuentre precisamente en el cromosoma 5. No existe un factor etiológico único en la esquizofrenia, sino que su aparición depende de factores que afectan el genotipo y el fenotipo.

Alteraciones encefálicas: Aunque algunos estudios son contradictorios, investigaciones postmortem han confirmado los hallazgos macroscópicos de una atrofia cerebral con preferencia frontal y, microscópicamente se han confirmado los hallazgos de diversos dimorfismos. In vivo se ha hallado, con tomografía computarizada y resonancia magnética, dilatación de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo, aumento de los surcos corticales y atrofia cerebelosa que preceden a menudo a las alteraciones clínicas. Se ha descrito, con la práctica de resonancia magnética, la reducción del tamaño de los lóbulos frontales y del cuerpo calloso y también, el aumento de Septum pellucidum, pero estos hallazgos necesitan comprobaciones posteriores. Los estudios de circulación sanguínea regional que indican hipofunción de los lóbulos frontales en la esquizofrenia.

Alteraciones bioquímicas: Durante los últimos años se han encontrado numerosas alteraciones metabólicas no siempre confirmadas. Se ha aislado una globulina alfa₂ (el factor proteínico plasmático) que interfiere en la conversión de la glucosa en ácido pirúvico y aumenta la permeabilidad celular, condicionando una acumulación de triptófano celular, aunque esta proteína se ha encontrado también en personas normales. El hallazgo en cerebros de cadáveres de una sustancia (taraxeína) que inyectada en individuos normales producía algunos síntomas semejantes a los de la esquizofrenia no se confirmó en estudios posteriores. Diversos autores han postulado la existencia de un trastorno general del metabolismo, como una deficiencia de nicotinamida-adenina-dinucleótido (NAD) y

una alteración de la transmetilación. Otros han propuesto trastornos más delimitados en el metabolismo del triptófano y la fenilalanina. Con referencia a esta última, se ha indicado el papel patógeno de algunos de sus metabolitos anormales (fundamentalmente la dimetoxifenilatilamina o DMPEA) o alteraciones cuantitativas de los metabolitos normales noradrenalina y dopamina. El descubrimiento de que la administración de levodopa y anfetaminas (que aumentan la dopamina) agrava los síntomas de la esquizofrenia y que los neurolépticos, que mejoran cierto número de esos síntomas, antagonizan algunos de los efectos de la dopamina dio lugar a la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia. Sin embargo, la ausencia de alteraciones en la concentración de la monoaminoxidasa (MAO) y metabolitos de la dopamina como el ácido homovalínico (HVA) hizo que se pensara en que la alteración (más que en la concentración de la dopamina) podría residir en la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos postsinápticos. Con todo, se observó también que en distintos esquizofrénicos el comportamiento del sistema dopaminérgico era diferente en situación basal y tras la administración de un neuroléptico. En este sentido se llegó a diferenciar tres tipos de respuesta que tendrían valor predictivo respecto a la evolución espontánea del trastorno y su respuesta al tratamiento.

Factores psicológicos: Diferentes estudios psicológicos han confirmado los trabajos clásicos que postulaban la existencia de alteraciones de la atención, la percepción y la cognición en los esquizofrénicos. Así, se ha demostrado que presentan un mayor tiempo de reacción y que tienden a distraerse por estímulos irrelevantes. Se ha puesto también de manifiesto una respuesta psicogalvánica en reposo aumentada, una respuesta excesiva al estrés, la adquisición rápida de respuestas condicionadas y una excesiva reacción de generalización de estímulos. Todo ello hizo pensar en una excesiva predisposición al estrés de los esquizofrénicos. Se postuló que cierta dificultad en el filtro de los estímulos les inclinaría a controlarlos mediante el aislamiento social.

Investigaciones recientes han demostrado alteraciones neuropsicológicas en esquizofrénicos que pueden considerarse como «marcadores» del trastorno: disfunción en los movimientos oculares, aparición de potenciales cerebrales relacionados con algunos sucesos y alteraciones en pruebas de atención e información. Desde el punto de vista psicoanalítico se ha sugerido que determinados trastornos constitucionales en las funciones nerviosas superiores alteran las funciones yoicas del niño (hipersensibilidad a los aportes sensoriales, aumento de las pulsiones agresivas) que alteran la relación temprana madre/bebé. Se han descrito madres esquizofrenógenas (agresivas, rechazantes, inseguras o hiperprotectoras), padres inadecuados (pasivos, amenazantes), malas relaciones en la pareja de los padres (crisis marital, divorcio emocional) o comunicación inadecuada (doble vínculo). Sin embargo, estos datos no han podido comprobarse

en diseños rigurosos, o bien, cuando se han detectado alteraciones, no han podido determinarse si eran la causa o el efecto de las alteraciones del paciente esquizofrénico. Diferentes estudios psicológicos han confirmado los trabajos clásicos que postulaban la existencia de alteraciones de la atención, la percepción y la cognición en los esquizofrénicos.

Factores socioculturales: Varias investigaciones habían señalado factores que influían sobre la incidencia: socioeconómicos (pobreza, densidad de la población y desorganización social) y culturales (migración, cambio cultural e industrialización). Sin embargo, estudios más recientes no han confirmado que el sexo, la raza, la educación o el lugar de residencia desempeñen un papel epidemiológico significativo.

“CUADRO CLÍNICO”

Es importante reconocer los signos y los síntomas de la esquizofrenia y buscar ayuda cuando recién comienza. Los signos suelen aparecer entre los 16 y 30 años. En casos raros, los niños también pueden tener esquizofrenia. Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en tres categorías: positivos, negativos y cognitivos.

“SÍNTOMAS POSITIVOS”

Los síntomas "positivos" se conocen como positivos porque son comportamientos adicionales que generalmente no se ven en las personas sanas. Para algunas personas, estos síntomas van y vienen. Para otras, los síntomas se estabilizan con el tiempo. Estos síntomas pueden ser graves, aunque en otras ocasiones, no se notan. Los síntomas positivos incluyen:

- **Alucinaciones:** cuando una persona ve, oye, huele, sabe o siente cosas que no son reales. Muchas personas que tienen este trastorno oyen voces. Las personas que oyen voces pueden haber estado escuchándolas por mucho tiempo antes de que sus familiares y amigos se den cuenta de que tienen un problema.
- **Delirios:** cuando una persona cree cosas que no son ciertas. Por ejemplo, una persona puede creer que las personas que salen en la radio o en la televisión están hablando directamente con él o ella. A veces las personas que tienen delirios pueden creer que están en peligro o que otros están tratando de lastimarlos.

- **Trastornos del pensamiento:** cuando una persona tiene formas extrañas o ilógicas de pensar. Las personas con trastornos del pensamiento pueden tener problemas para organizar sus ideas. A veces una persona deja de hablar en medio de un pensamiento o inventa palabras sin sentido.
- **Trastornos del movimiento:** cuando una persona exhibe movimientos corporales anormales. Puede repetir ciertos movimientos una y otra vez, lo que se conoce como estereotipias. En el otro extremo, puede dejar de moverse o de hablar por algún tiempo, un estado poco común llamado catatonia.

“SÍNTOMAS NEGATIVOS”

Los síntomas "**negativos**" se refieren a abstinencia social, dificultad para mostrar emociones o problemas para funcionar normalmente. Las personas con síntomas negativos pueden requerir ayuda con las tareas diarias. Los síntomas negativos incluyen:

- Hablar con voz apagada.
- Falta de expresión facial, como una sonrisa o el ceño fruncido.
- Dificultad para sentir la felicidad.
- Problemas para planificar y mantener una actividad, como ir al supermercado.
- Hablar muy poco con otras personas, incluso cuando es importante.

Los síntomas negativos son más difíciles de reconocer como parte de la enfermedad y pueden confundirse con la depresión u otros problemas.

“SÍNTOMAS COGNITIVOS”

Los síntomas cognitivos no son fáciles de ver, pero pueden dificultar que la persona mantenga un trabajo o se cuide. El nivel de la función cognitiva es uno de los mejores indicadores de la capacidad de una persona para mejorar su

funcionamiento general. A menudo, estos síntomas se detectan solo cuando se realizan pruebas específicas. Los síntomas cognitivos incluyen:

- Dificultad para procesar información para la toma de decisiones.
- Problemas para usar información inmediatamente después de aprenderla.
- Dificultad para prestar atención.

“REGISTRO DE VIOLENCIA”

La mayoría de las personas con esquizofrenia no son violentas. Si una persona tiene síntomas de esquizofrenia, es importante ayudarlo a recibir tratamiento lo más rápido posible. Ya que la enfermedad puede empeorar con el tiempo, el riesgo de violencia es mayor cuando la esquizofrenia no se trata. Las personas con esquizofrenia son mucho más propensas que las personas sin la enfermedad a ser víctimas de la violencia de otros o a hacerse daño a sí mismas.

“DIAGNOSTICO”

El diagnóstico de la esquizofrenia implica descartar otros trastornos de salud mental y determinar que los síntomas no se deben al abuso de sustancias, medicamentos o afecciones. Para determinar un diagnóstico de esquizofrenia, puede hacerse lo siguiente:

- **Exploración física:** Se puede realizar para descartar otros problemas que podrían estar causando los síntomas y para detectar cualquier complicación relacionada.
- **Análisis y pruebas de detección:** Pueden incluirse pruebas que permitan descartar afecciones con síntomas similares, y para detectar el consumo de alcohol y drogas. El médico también puede indicarte estudios por imágenes, como una resonancia magnética o una tomografía computada.
- **Evaluación psiquiátrica:** Un médico o profesional en salud mental controla el estado mental por medio de la observación de la apariencia y el comportamiento, y la indagación sobre pensamientos, estados de ánimo, delirios, alucinaciones, consumo de sustancias y posibilidad de violencia o

suicidio. También se conversa sobre los antecedentes personales y familiares.

- **Criterios de diagnóstico para la esquizofrenia:** El médico o profesional en salud mental puede aplicar los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría).

“TRATAMIENTO”

Hay dos tipos principales de tratamientos que pueden ayudar con los síntomas: medicamentos antipsicóticos y tratamientos psicosociales.

Los medicamentos antipsicóticos ayudan a los pacientes con los síntomas psicóticos de la esquizofrenia. Algunas personas tienen efectos secundarios cuando comienzan a tomar medicamentos, pero la mayoría de los efectos secundarios desaparecen después de unos días. Las personas responden a los medicamentos antipsicóticos de diferentes maneras, por lo que es importante informar cualquier efecto secundario a un médico. A veces, es necesario probar varios medicamentos antes de encontrar el adecuado.

Antipsicóticos de primera generación:

- Clorpromazina.
- Flufenazina.
- Haloperidol.
- Perfenazina

Antipsicóticos de segunda generación:

- Aripiprazol (Abilify).
- Asenapina (Saphris).

- Brexpiprazol (Rexulti).
- Cariprazina (Vraylar).
- Clozapina (Clozaril, Versacloz).
- Iloperidona (Fanapt).
- Lurasidona (Latuda).
- Olanzapina (Zyprexa).
- Paliperidona (Invega).
- Quetiapina (Seroquel).
- Risperidona (Risperdal).
- Ziprasidona (Geodon).

“CRITERIO DIAGNÓSTICO DE DSM-V”

“CRITERIO DIAGNÓSTICO DE DSM-V”
 PASIÓN POR EDUCAR

La esquizofrenia es un síndrome psiquiátrico caracterizado por síntomas psicóticos de alucinaciones, delirios y lenguaje desorganizado, por síntomas negativos como disminución de la motivación y disminución de la expresividad, y por déficits cognitivos que involucran deterioro de funciones ejecutivas, memoria y velocidad del procesamiento mental. Los criterios específicos del DSM-5 para la esquizofrenia son los siguientes:

- La presencia de al menos dos de los siguientes cinco ítems, cada uno presente durante una porción de tiempo clínicamente significativo durante un periodo de 1 mes (o menos si se trata con Éxito), siendo al menos uno de ellos los ítems: 1) delirios, 2) alucinaciones, 3) habla desorganizada, 4) comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico, y 5) síntomas negativos (p. ej., disminución de la motivación y disminución de la expresividad).

- Durante una parte clínicamente significativa del tiempo transcurrido desde el inicio de la perturbación, el nivel de funcionamiento en una o más áreas principales (por ejemplo, trabajo, relaciones interpersonales o autocuidado) está marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio; cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, no se alcanza el nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico u ocupacional.
 - Los signos continuos de la alteración persisten durante un periodo de al menos 6 meses, que debe incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se trata con éxito); Los síntomas prodrómicos a menudo preceden a la fase activa, y los síntomas residuales pueden seguirla, caracterizados por formas leves o subliminales de alucinaciones o delirios.
 - Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque no se han producido episodios depresivos, maníacos o mixtos importantes simultáneamente con los síntomas de la fase activa o cualquier episodio del estado de ánimo ocurrido durante los síntomas de la fase activa que han estado presentes en una minoría de la duración total de los periodos activos y residuales de la enfermedad.
 - La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso o un medicamento) u otra afección médica.
- PASIÓN POR EDUCAR
- Si hay antecedentes de trastorno del espectro autista o un trastorno de comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se realiza solo con delirios o las alucinaciones prominentes, además de los otros síntomas requeridos o esquizofrenia, también están presentes durante al menos 1 mes (o menos si se trata con éxito).
 - Además de las áreas de dominio de síntomas identificadas en el primer criterio diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, de depresión y manía es vital para distinguir entre la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

DEPRESIÓN.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

“ETIOLOGÍA”

La etiología de la depresión es compleja, en ella intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos como psicosociales. Dentro de los biológicos hay evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. La psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal mediada por citoquinas; alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión mayor, dentro de las cuales: reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos. Esto demuestra una relación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo.

“FISIOPATOLOGÍA”

A pesar de su prevalencia, el conocimiento de su fisiopatología es menor al de otras patologías crónicas como la diabetes tipo 2, debido fundamentalmente a que la observación de los cambios patológicos en el cerebro es complicada y a que los

modelos animales son difícilmente extrapolables al ser humano. La fisiopatología de la depresión, aborda la dolencia como una enfermedad compleja en la que entran en liza múltiples factores. La depresión a menudo se transmite de padres a hijos. Esto puede deberse a los genes, comportamientos aprendidos en el hogar o a su entorno. La depresión puede ser desencadenada por un hecho estresante o infeliz en la vida. Frecuentemente, se trata de una combinación de estos factores. La fisiopatología de la depresión, abordando la dolencia como una enfermedad compleja en la que entran en liza múltiples factores.

“CUADRO CLÍNICO”

Los síntomas de depresión incluyen:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso
- Cansancio y falta de energía
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa
- Dificultad para concentrarse
- Movimientos lentos o rápidos
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales
- Sentimientos de desesperanza o abandono
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio
- Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual

“DIAGNOSTICO”

Se hace mediante la entrevista clínica teniendo en cuenta la información que aporta el paciente, familiares y allegados. A veces, como apoyo a la entrevista, se utilizan

cuestionarios o test; normalmente para saber más acerca de los síntomas o del tipo de depresión que se pueda tener.

- Criterios clínicos (DSM-5)
- Hemograma, electrolitos y hormona tiroideoestimulante (TSH), vitamina B12 y folato para descartar trastornos físicos que puedan producir depresión

El diagnóstico de los trastornos depresivos se basa en la identificación de los signos y síntomas (y los criterios clínicos descritos anteriormente). Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

Varios cuestionarios breves están disponibles para la detección sistemática. Existen varios cuestionarios breves disponibles para el examen de detección que ayudan a provocar algunos de los síntomas de depresión, pero no pueden usarse sólo para diagnóstico. Una serie de preguntas cerradas específicas ayudan a determinar si los pacientes tienen los síntomas que requiere el DSM-5 para el diagnóstico de depresión mayor.

La gravedad se determina por el grado de dolor y discapacidad (físico, social, ocupacional) y también por la duración de los síntomas. Un médico debe preguntar delicada pero directamente a los pacientes sobre cualquier pensamiento o planes de dañarse a sí mismos o a los otros, cualquier amenaza o intento de suicidio previos, y otros factores de riesgo. La psicosis y la catatonía indican depresión grave. Las características melancólicas indican depresión grave o moderada. Los problemas físicos coexistentes, los trastornos por abuso de sustancias y de ansiedad agravan el cuadro.

“TRATAMIENTO”

- Soporte
- Psicoterapia
- Fármacos

Los síntomas pueden remitir espontáneamente, sobre todo cuando son leves o de corta duración. La depresión leve puede ser tratada con medidas generales

y psicoterapia. La depresión moderada o grave se trata con fármacos o psicoterapia, y a veces con terapia electroconvulsiva. Algunos pacientes requieren una combinación de fármacos. La mejoría puede necesitar entre 1 y 4 semanas de tratamiento farmacológico. La depresión puede recurrir, especialmente en pacientes que han tenido > 1 episodio; por lo tanto, los casos graves a menudo justifican el tratamiento farmacológico con un mantenimiento prolongado. La mayoría de las personas con depresión se tratan de forma ambulatoria. Los pacientes con ideación suicida, en particular cuando carecen de apoyo familiar, requieren hospitalización, al igual que los que tienen síntomas psicóticos o están físicamente debilitados.

En los pacientes que presentan trastornos por uso de sustancias los síntomas depresivos se resuelven a los pocos meses de interrumpir el consumo de las sustancias. El tratamiento antidepressivo es mucho menos probable que sea eficaz mientras continúa el abuso de sustancias.

Si un trastorno físico o la toxicidad de un fármaco pudieran ser la causa, el tratamiento primero debe dirigirse al trastorno subyacente. Sin embargo, si hay dudas a la hora del diagnóstico o si los síntomas son incapacitantes, incluyen la ideación suicida o hay desesperanza, puede ayudar una prueba terapéutica con un antidepressivo o un fármaco regulador del estado de ánimo.

“COMPLICACIÓN”

“COMPLICACIÓN” EDUCAR

Es 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



UDS

PASIÓN POR EDUCAR