



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

CUARTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: Depresión y esquizofrenia

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Fisiopatología III

UNIDAD II

CATEDRÁTICO: Dr. Eduardo Zebadúa Guillén

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 07 DE ABRIL DEL 2021

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN: Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor.

- **Predominio:** >Mujeres (20-40 años) <Hombres.
- **Síntomas efectivos:** Dolor profundo de culpa, tristeza patológica, soledad, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, baja atención, disminución de memoria y concentración.
- **¿Dónde aparece la depresión?** depresión mayor, distimia, depresión posparto, trastorno disfórico premenstrual y trastorno afectivo estacional.
- **Clasificación**
 - a) **Depresión mayor:** Depresión unipolar
 - b) **Trastorno depresivo persistente:** Distimia
 - c) **Trastornos bipolares I y II:** Enfermedad maniaco depresiva.

ETIOLOGÍA

- ✚ Antecedente familiar (**el más importante**)
- ✚ Pérdida significativa reciente
- ✚ Enfermedades crónicas: Hipotiroidismo, cáncer, hepatitis o Parkinson.
- ✚ Violencia doméstica
- ✚ Cambios en el estilo de vida
- ✚ Carencias nutricionales (ácido fólico, ácidos grasos, omega 3)
- ✚ Alcoholismo/dependencia de sustancias.
- ✚ Fármacos: sedantes y antihipertensivos.
- ✚ Problemas para dormir

FISIOPATOLOGÍA: Existe una disregulación de neurotransmisores tanto del glutamato como monoamínicos; noradrenalina y serotonina y también alteración en las vías serotoninérgicas hipotalámicas y estructuras límbicas.

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

- Temporalidad: Mínimo 2 semanas
- Más específico → **Tristeza vital:** Anhedonía y abulia
- Síntomas somáticos, alteración del sueño, apetito y de peso, dolores u otras molestias físicas, pensamientos depresivos con ideas suicidas o de inferioridad.
- Síntomas gastrointestinales
- Síndrome premenstrual

Se incluye los criterios diagnósticos del DSM-5 para la depresión mayor.

- A. 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
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
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
Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.
Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida
- 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 maniaco o hipomaniaco
Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

CUADRO CLÍNICO EN NIÑOS: hiperactividad, rendimiento escolar deficiente, manifestaciones somáticas, alteraciones del sueño y alimentación, falta de disposición para el juego e ideas o acciones suicidas.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

- Temporalidad: Mínimo 2 semanas + clínica
- Preguntar al Px y/o familiar si ha presentado ideaciones suicidas.
- Inventario de depresión de Beck
- Escala para la depresión del Center for Epidemiological Studies
- Escala de autovaloración de la depresión de Zung

TRATAMIENTO

- ✓ **1ra línea** → Inhibidores de la recaptación de serotonina: fluoxetina y sertralina
- ✓ **2da línea** → Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y levomilnacipran, milnacipran.
- ✓ **Psicosis:** Haloperidol + Diazepam
- ✓ **Ideación suicida:** Hospitalizar o enviar a 2do nivel.
- ✓ **Antidepresivos tricíclicos:** nortriptilina y desipramina
- ✓ Inhibidores de la monoaminoxidasa
- ✓ Psicoterapia
- ✓ Tratamiento electroconvulsivo
- ✓ Ejercicio
- ✓ Grupos de apoyo
- ✓ Literatura de autoayuda
- ✓ Luminoterapia

COMPLICACIONES: Pensamientos de muerte o ideación suicida, Automutilación, como por ejemplo cortes, sobrepeso u obesidad.

ESQUIZOFRENIA

DEFINICIÓN: Trastorno serio que afecta como la persona piensa, siente y actúa. El paciente presenta dificultad distinguiendo entre lo que es real y lo que es imaginario; puede que se sienta cohibido o se sienta alienado; y puede que tenga dificultades expresando emociones normales en situaciones sociales.

Predominio

- **>Hombres (peor pronóstico):** inicio más temprano (15 y 25 años).
- **<Mujeres:** entre los 25 y los 35 años.

Tiempo

- **Esquizofrenia** → **≥ 1 mes**
- **Trastorno esquizofreniforme** → **<1 mes**

Clasificación de la CIE-10 (9 subtipos): nueve subtipos: esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simple, depresión postesquizofrénica, otra esquizofrenia y

esquizofrenia sin especificación. También permite ocho posibilidades para clasificar el curso del trastorno, en un rango que va desde continua hasta remisión completa.

Dimensiones en la esquizofrenia según el DSM-5: 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.

ETIOLOGÍA

✚ Genética

✚ Neuroquímica: exceso de actividad dopaminérgica.

- 1) El efecto terapéutico de la mayoría de los fármacos antipsicóticos está correlacionado con su capacidad de actuar como bloqueadores (antagonistas) del receptor dopaminérgico del tipo 2(D2).
- 2) Los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica (agonistas), como las anfetaminas, empeoran los síntomas psicóticos en los pacientes con esquizofrenia y también los pueden provocar en sujetos sanos.
- 3) Otros neurotransmisores implicados son la serotonina y el glutamato.

✚ **Neuropsicología:** Alteraciones en la atención, la memoria de trabajo y las denominadas funciones ejecutivas, como la capacidad de planificación, la abstracción y la anticipación y resolución de problemas, así como la flexibilidad de pensamiento.

✚ **Neuro-imagen estructural y funcional:** dilatación de los ventrículos laterales y la reducción devolumen del lóbulo temporal y de la formación amigdalohipocampal.

FISIOPATOLOGÍA: Hay 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.

El comienzo de la clínica, típicamente en la adolescencia tardía y edad adulta temprana, se produciría cuando las estructuras implicadas alcanzan su madurez funcional (mielinización, sinaptogénesis, eliminación o «poda» de sinapsis redundantes, etc.). La implicación de un factor ambiental en la alteración del neurodesarrollo tales como la mayor incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales, así como la exposición materna a infecciones víricas en el segundo trimestre del embarazo.

CUADRO CLÍNICO

<p>TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Ideas delirantes (de persecución, de referencia, de grandeza, somáticas, religiosas, de estar controlado, de lectura de la mente, de difusión, robo o inserción del pensamiento) Pobreza del contenido del pensamiento</p> <p>TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO Asociaciones laxas de ideas (descarrilamiento), incoherencia, ausencia de lógica, circunstancialidad, tangencialidad, neologismos, bloqueo, ecolalia, aumento de latencia de las respuestas, perseverancia</p> <p>ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN (DE LOS CINCO SENTIDOS) Alucinaciones auditivas (ruidos, música, voces amenazantes, obscenas, acusatorias, que ordenan, que comentan la actividad del sujeto o que conversan entre ellas). Son las más frecuentes Alucinaciones visuales Otras más raras que deben llevar a considerar la posibilidad de un trastorno neurológico o médico subyacente: cenestésicas (sensación infundada de cambio en el estado de los órganos corporales) o táctiles, gustativas y olfatorias</p>	<p>TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD Entorpecimiento o apesadumamiento afectivo (reducción de la reactividad emocional, a veces tan grave que se puede catalogar de anhedonia) Afectividad inapropiada (risas insulsas) En ocasiones: franca depresión pospsicótica (hasta un 25% de pacientes; la depresión se correlaciona con la presencia de síntomas extrapiramidales inducidos por la medicación)</p> <p>TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO Y DE LA CONDUCTA Síntomas catatónicos (mutismo, negativismo, rigidez, adopción de posturas con flexibilidad cérea, estupor o agitación catatónica) Estereotipias, manierismos, ecopraxia, obediencia automática Deterioro global de la conducta personal y social, anergia, apatía, abulia, conducta extravagante o desorganizada, actos imotivados, autoagresividad y heteroagresividad, inadecuación sexual</p> <p>TRASTORNOS COGNITIVOS Déficit atencional, de la memoria de trabajo, verbal y visual; alteraciones en funciones ejecutivas de planificación y abstracción Poca capacidad de abstracción</p> <p>SIGNOS Y SINTOMAS FÍSICOS Signos neurológicos menores: alteraciones de la estereognosis, grafestesia, equilibrio y propiocepción Anomalías oculares (ausencia de contacto ocular, fijación de la mirada, aumento de la frecuencia de parpadeo y alteraciones del movimiento de seguimiento ocular) Síntomas vegetativos (alteraciones del sueño y de la función sexual)</p>
---	--

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

- **Temporalidad:** ≥ 1 mes + clínica
- **Pruebas complementarias:** bioquímicas, de neuroimagen funcional y estructural, fisiológicas y psicológicas carecen de la sensibilidad y especificidad requeridas para realizar un diagnóstico definitivo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Antipsicóticos de primera generación: Tienen efectos secundarios frecuentes y potencialmente significativos, entre ellos, la posibilidad de desarrollar un trastorno del movimiento (discinesia tardía), que puede o no ser reversible.

- Clorpromazina
- Flufenazina
- Haloperidol
- Perfenazina

Antipsicóticos de segunda generación: Son generalmente preferidos porque presentan un menor riesgo de efectos secundarios graves que los antipsicóticos de primera 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)

Antipsicóticos inyectables de acción prolongada: Algunos antipsicóticos pueden administrarse por inyección intramuscular o subcutánea. Normalmente se administran cada dos o cuatro semanas, de acuerdo con el medicamento:

- Aripiprazol (Abilify Maintena, Aristada)
- Decanoato de flufenazina

- Decanoato de haloperidol
- Paliperidona (Invega Sustenna, Invega Trinza)
- Risperidona (Risperdal Consta, Perseris)

Otros medicamentos: Antidepresivos y los ansiolíticos.

Tratamiento 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: 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