



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno- Zahobi Bailon Peralta

Nombre del tema- Transtornos esquizofrenimorfe, esquizoaffectio, deliratnte y otros transtornos psicoticos

Parcial. primero

Nombre de la Materia-Psiquiatría

Nombre del profesor-Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

INTRODUCCION

En este ensayo se buscar definir el *Transtornos esquizofrenimorfe, esquizoafectio, delirante acompañados con algunos transtornos mas, las cuales muchos dependeran en la forma en como se transmite ciertas emociones en el sistema limbico y tambien en los ganglios basales. Mayormente varios transtornos todavia no se encuentran su etiologia, la cual es solo un misterio, pero muchas tiene que ver con fallos en la*

transicion de varios receptores acompañadas de violencias en el yo traumas que los hayan hecho tener ciertos transtornos, al igual que el consumismo de drogas y sustancias ilicitas , y varios para ser considerados ciertos transtornos tienen que cumplir ciertos margenes como uno de esos es el tiempo, para categorizarse un transtorno esquizofrenico debe tener por lo menos 6 meses de padecer dicha enfermedad a comparacion de un transtorno esquizofrenimorfe con duracion minima de 1 mes, entre otros transtornos que se ira detallando.

La mayoría tiene una epidemiologia similar las cuales varios tienen mas susceptibilidad en más en adolescentes, hombres y adultos jóvenes

Y dependiendo del tipo de transtorno se dira que tipo de tratamiento debera tener, puede ser tanto ir a un psicologo como usar tratamiento antidepresivos o antimaniacos en combinación con fármacos antipsicóticos a fin de controlar los signos y síntomas psicóticos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS; p. ej., fluoxetina y sertralina).

Trastorno esquizofreniforme la definición menciona que es el conjunto de síntomas similares a los de la esquizofrenia, salvo que duran por lo menos 1 mes, se resuelven en alrededor de 6 meses y luego regresan al nivel inicial de funcionamiento.

Es más frecuente en adolescentes, hombres y adultos jóvenes, y se presenta en una proporción menor a la mitad respecto de la esquizofrenia. Se ha informado una prevalencia de por vida del 0.2% y una prevalencia a 1 año del 0.1%.

Etiología. En general, los pacientes esquizofreniformes presentan más síntomas del estado de ánimo y un mejor pronóstico que los esquizofrénicos. La esquizofrenia se presenta con mayor frecuencia en las familias de pacientes con trastornos del estado de ánimo que en aquellas de pacientes con el trastorno esquizofreniforme. Las causas siguen siendo desconocidas.

Diagnóstico, signos y síntomas. Es un trastorno psicótico de inicio rápido con alucinaciones, delirios o ambos. Aunque muchos pacientes con el trastorno esquizofreniforme pueden mostrar deterioro funcional durante el episodio, es poco probable que se informe un deterioro progresivo en su funcionamiento social y ocupacional

Esquizofrenia. Se diagnostica esquizofrenia si la duración de las fases prodrómica, activa o residual es de más de 6 meses.

Trastorno psicótico breve. Los síntomas se presentan durante menos de 1 mes y no es necesario que esté presente un factor de estrés importante. 3. Trastornos del estado de ánimo y ansiedad. Muestran una elevada comorbilidad con la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme. Es importante realizar una anamnesis longitudinal para establecer el diagnóstico, porque la presencia de síntomas psicóticos exclusivamente en los períodos de alteración del estado de ánimo indica un trastorno del estado de ánimo primario

Evolución y pronóstico. dentro de las 4 semanas de cualquier cambio apreciable en la conducta. La mayoría de los cálculos de progresión a esquizofrenia van del 60 al

80%. Algunos tienen un segundo o tercer episodio durante el cual muestran un deterioro hacia un estado más crónico de esquizofrenia. Otros remiten y luego presentan recurrencias periódicas. Perfil sintomático similar al de la esquizofrenia con dos o más síntomas psicóticos. Síntomas psicóticos que aparecen al inicio del episodio con conducta inusual. Agitación emocional y confusión durante el episodio. Funcionamiento premórbido general adecuado. Sin afecto embotado.

Tratamiento. A menudo se requiere hospitalización y fármacos antipsicóticos para tratar los síntomas psicóticos. Se puede considerar retirar o cambiar el medicamento si la psicosis remite por completo durante 6 meses.

Trastorno esquizoafectivo A. Definición. Trastorno con rasgos concomitantes tanto de esquizofrenia como de trastorno del estado de ánimo que no permite hacer un diagnóstico por separado.

Epidemiología. La prevalencia de por vida es menor al 1%. El trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo puede ser más frecuente en los adultos mayores que en los más jóvenes, y el de tipo bipolar puede observarse más a menudo en los adultos jóvenes respecto de los mayores.

Etiología. Algunos pacientes pueden ser mal diagnosticados; en realidad presentan esquizofrenia con síntomas anímicos prominentes o tienen un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos prominentes.

Diagnóstico, signos y síntomas. Se observan signos y síntomas de esquizofrenia junto con episodios maníacos o depresivos.

Evolución y pronóstico. Un mal pronóstico se asocia con antecedentes familiares positivos para esquizofrenia, inicio temprano e insidioso sin factores precipitantes, predominio de síntomas psicóticos y antecedentes premórbidos desalentadores. Los pacientes con trastorno esquizoafectivo tienen mejor pronóstico que aquellos con esquizofrenia y peor que aquellos con trastornos del estado de ánimo.

Tratamiento. Se deben emplear tratamientos antidepresivos o antimaniacos en combinación con fármacos antipsicóticos a fin de controlar los signos y síntomas psicóticos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS; p. ej., fluoxetina y sertralina).

Trastorno delirante A. Definición. Trastorno en el que la manifestación principal o única es un delirio no extravagante, fijo e inquebrantable. Los delirios suelen ser sobre situaciones que pueden ocurrir o son posibles en la vida real, como el ser perseguido, estar infectado o ser amado a la distancia.

Epidemiología. Los trastornos delirantes representan sólo el 1-2% de todas las hospitalizaciones. La media de edad al inicio es cercana a los 40 años, pero el rango va de los 18 a los 90 años o más.

Causas genéticas. Los estudios genéticos indican que el trastorno delirante no es ni un subtipo ni una etapa temprana o prodrómica de la esquizofrenia, ni un trastorno del estado de ánimo. El riesgo de sufrir esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo no aumenta con el parentesco de primer grado; sin embargo, existe un ligero incremento en el pensamiento delirante.

Causas biológicas. Las alteraciones neurológicas más frecuentemente asociadas con los delirios afectan el sistema límbico y los ganglios basales.

Causas psicosociales. El trastorno delirante tiene un origen principalmente psicosocial. Algunas características en común incluyen antecedentes de abuso físico o emocional; padres crueles, erráticos y poco confiables; y una crianza demasiado exigente o perfeccionista. No se desarrolla una confianza básica.

Diagnóstico, signos y síntomas. Los delirios duran al menos 1 mes, están bien sistematizados y no son extravagantes, en contraste con aquellos que resultan fragmentados y extravagantes.

Trastorno de personalidad paranoide. No hay delirios reales, aunque pueden presentarse ideas sobrevaloradas al borde de ser delirantes. Los pacientes están predispuestos a padecer trastornos delirantes.

. Esquizofrenia paranoide. Es más probable que se presente con alucinaciones auditivas prominentes, deterioro de la personalidad y alteraciones más marcadas en el funcionamiento de los roles. La edad de inicio tiende a ser menor en la esquizofrenia que en el trastorno delirante. Los delirios son más extravagantes. 5. Trastorno de depresión mayor. Los pacientes deprimidos pueden tener delirios paranoides secundarios a un trastorno depresivo mayor, pero los síntomas anímicos y los rasgos asociados (p. ej., síntomas vegetativos, antecedentes familiares positivo).

Trastorno bipolar I. Los pacientes maníacos pueden tener delirios de grandeza o paranoides claramente secundarios al trastorno del estado de ánimo primario y prominente; se asocia con rasgos como estado de ánimo eufórico y lábil, antecedentes familiares positivos y respuesta al litio. I. Evolución y pronóstico. El trastorno delirante se considera un diagnóstico considerablemente estable. Alrededor del 50% de los pacientes han mostrado recuperación en seguimientos de largo plazo, el 20% una reducción de los síntomas y el 30% no muestran cambio alguno.

Farmacológico. Los pacientes tienden a rechazar los medicamentos dada su suspicacia. Si se encuentran muy alterados, pueden requerir antipsicóticos intramusculares; en caso contrario, se puede intentar con antipsicóticos orales. El trastorno delirante puede responder de manera preferente a la pimozida. Los pacientes delirantes son más proclives a reaccionar a los efectos colaterales del fármaco con ideas delirantes.

Trastorno psicótico breve A. Definición. Trastorno psicótico agudo y transitorio que implica el inicio repentino de síntomas psicóticos, que duran menos de 1 mes y se presentan después de un episodio de estrés grave y evidente en la vida del paciente.

Diagnóstico, signos y síntomas. Son similares a los de otros trastornos psicóticos, con mayor volatilidad emocional, comportamientos extraños o extravagantes, confusión, desorientación y labilidad emocional que va del júbilo al suicidio.

CONCLUSION

Es muy importante el saber ciertos tipos de trastornos porque no sabemos cuando nos podría llegar un paciente con algún trastorno psíquico la cual puede afectar al momento de darle un tratamiento, ya que hay ciertos trastornos por su condición ya bien sea depresiva no lleve un correcto manejo del fármaco, y deberíamos optar por darle de forma I.M.

También conocer sus antecedentes genéticos. Los estudios genéticos indican que el trastorno delirante no es ni un subtipo ni una etapa temprana o prodrómica de la esquizofrenia, ni un trastorno del estado de ánimo. El riesgo de sufrir esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo no aumenta con el parentesco de primer grado; sin embargo, existe un ligero incremento en el pensamiento delirante

Y varios trastornos tienen conductas emocionales muy fuertes, ya bien sea que están muy neuróticos y depresivos como sucede en el caso de bipolaridad tipo 1, o más del tipo de exaltarse a sí mismo como también puede pasarle algunos pacientes con trastorno de tipo delirante