



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: KAREN LIZETH NÁJERA CARPIO

NOMBRE DEL TEMA TRANSTORNO DELIRANTE

PARCIAL 2

NOMBRE DE LA MATERIA PSIQUIATRIA

NOMBRE DEL PROFESOR DR. AGUILAR OCAMPO

CRISTIAN JONATHAN

NOMBRE DE LA LICENCIATURA MEDICINA HUMANA

LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN: COMITÁN DE
DOMÍNGUEZ CHIAPAS. 08/10/2024

TRANSTORNO DELIRANTE

DEFINICIÓN:

Su manifestación 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. Los delirios extravagantes se consideran imposibles.

ETIOLOGÍA

- **Causas genéticas:** existe un incremento en el pensamiento delirante, sobre todo de suspicacia, en las familias de pacientes con trastorno delirante.
- **Causas biológicas:** afectan el sistema límbico y los ganglios basales, puede surgir como respuesta a la estimulación del sistema nervioso periférico
- **Causas psicosociales:** antecedentes de abuso físico o emocional y una crianza demasiado exigente o perfeccionista. Otros: hipoacusia, ceguera, aislamiento social y soledad, cambios bruscos del entorno, edad avanzada
- No existen pruebas de laboratorio que confirmen el diagnóstico.
- **Factores psicodinámicos:** mecanismos de defensa utilizados: negación, formación reactiva y proyección.



CLINICA

Presencia de uno o más delirios que permanecen por 1, no se percibe un deterioro marcado en el funcionamiento ni comportamientos extravagantes, duración breve de episodios anímicos en comparación con el pensamiento delirante, no son secundarios a una afección médica o el consumo de drogas.

Tipos de delirios: Celotípico, de grandeza, Persecutorio, Somático, Mixto, Erotomaníaco, No especificado



PRONÓSTICO

Favorable: asociado adaptación ocupacional, social funcional, duración breve de la enfermedad, y presencia de factores precipitantes.

Los de mejor pronóstico: delirios persecutorios, somáticos y erotomaníacos, que aquellos con delirios de grandeza y celotípicos.



EPIDEMIOLOGÍA:

Representa el 1-2% de todas las hospitalizaciones.

Incidencia 0.7-3.0 Prevalencia 24-30
Edad inicio: 18-80añ Edad media: 34-45 añ
Inicio: Agudo/gradual Mujeres 30 años ♀



DIAGNÓSTICO

Duran al menos 1 mes, están bien sistematizados y no son extravagantes, la personalidad permanece intacta o se deteriora de forma mínima.

Descartar otras causas de los rasgos paranoides

Confirmar la ausencia de otras psicopatologías

Evaluar las consecuencias de la conducta delirante

◦ Desmoralización ◦ Desaliento ◦ Ira ◦ miedo

Depresión

TRATAMIENTO

Hospitalización: px incapaz de controlar sus impulsos suicidas/homicidas,

Farmacológico: preferente a la pimozida, son más proclives a reaccionar a los efectos colaterales del fármaco con ideas delirantes, se recomiendan incrementos graduales de la dosis para reducir la probabilidad de producir efectos adversos molestos.

Psicológico: La terapia individual parece ser más eficaz que la de grupo

