

COMITAN DE DOMINGUEZ
UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

PSIQUIATRIA

ANDY JANETH PEREZ DIAZ
DR. CRISTIAN JONATHAN AGUILAR OCAMPO
5 SEMESTRE GRUPO D
2 PARCIAL
TRASTORNO DELIRANTE

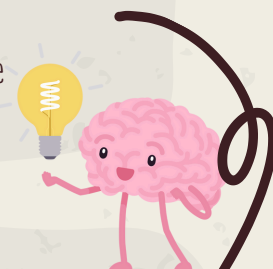
COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS, A 5 DE
OCTUBRE DEL 2024





EPIDEMIOLOGIA

- representan solo el 1-2% en hospitalizaciones
- inicio cerca de los 40 años
- rango de edad de los 18 a los 90 años de edad
- hombres son mas propensos a generar delirios de erotomania



ETIOLOGIA

- **causas genéticas** (incremento de pensamiento delirante en familiares de px que lo presentan)
- **causas biológicas** (respuesta a la estimulación del sn periférico)
- **causas psicosociales** (antec. de de abuso físico o emocional, o una crianza demasiado exigente o perfeccionista)



DEFINICION

TRASTORNO EN LA QUE LA ÚNICA MANIFESTACION ES UN DELIRIO NO EXTRAVAGANTE, FIJO E INQUEBRANTABLE.

suele ser en situaciones como:

- ser perseguido
- ser infectado
- ser amado a la distancia



FACTORES PSICODINAMICOS

- negacion
- Formacion reactiva
- proyeccion

mecanismo principal: proyeccion. convierten los sentimientos inaceptables en sus contrarios mediante una formacion reactiva (inferioridad en grandeza).

trastorno



DELIRANTE

CLINICA

- presencia de 1 o mas delirios que permanecen por lo menos 1 mes
- sin cumplirse los criterios de esquizofrenia
- no se percibe un deterioro marcado en el funcionamiento ni comportamientos extravagantes
- duración breve de episodios anímicos en comparación con el pensamiento delirante
- delirios no secundarios a una afección medica o el consumo de drogas

DIAGNOSTICO

duran al menos 1 mes , sistematizados y nada extravagantes. puede ser:

- persecutorio
- celotipico (paraoia conyugal o celos patologicos)
- erotomaniaco
- somatico
- de grandeza
- sintomas delirantes en la pareja de un individuo con trastorno delirante



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- trastorno psicótico debido a afección medica con delirios
- trastorno psicotico inducido por sustancias/medicamentos con delirios
- trastorno de personalidad paranoide
- esquizofrenia paranoide
- trastorno de depresion mayor
- trastorno bipolar I



TRATAMIENTO

- hospitalización (si la afección es extrema)
- farmacologico (antipsicoticos intramusculares, de caso contrario, antipsicoticos orales), algunos pueden tener efectividad con la pimozida.
- psicologico (terapia individual: orientadas a la introspeccion, apoyo cognitiva y conductual)



PRONOSTICO

- 50% de px presentan mejoría en seguimientos a largo plazo
- 20% una reducción de síntomas
- 30% no muestran cambio.
- pronostico favorable asociado a niveles altos de adaptación ocupacional, social y funcional.



BIBLIGRAFIA

KAPLAN Y SADOCK MANUAL DE BOLSILLO DE
PSIQUIATRIA CLINICA, 6.º EDICION; Benjamin J.
Sadock, M.D. Samoon Ahmad, M.D. Virginia A.
Sadock, M.D.