

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN DE DOMINGUEZ**

Nombre del Alumno:

Corazón de Jesús Ugarte Venegas.

Catedrático:

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo.

Asignatura:

Psiquiatría.

Evidencia/Actividad:

Infografía "Trastorno Delirante".

Semestre:

Quinto Semestre, Unidad 2, "D".

TRASTORNO DELIRANTE

DEFINICION

Delirios sistematizados y no extravagantes que duran como mínimo 6 meses dentro del contexto de una personalidad intacta y con una función bastante bien conservada, sin alucinaciones llamativas ni otros síntomas esquizofrénicos.

Se caracteriza por creencias fijas persistentes que por lo general, se refieren a situaciones que podrían presentarse en la vida real.



CUADRO CLINICO

Principal manifestación o única es un delirio no extravagante, fijo e inquebrantable, suelen ser sobre situaciones que pueden ocurrir o son posibles en la vida real.

Presencia de uno o más delirios que permanecen por lo menos durante 1 mes. Nunca se han cumplido los criterios para la esquizofrenia.

No se percibe un deterioro marcado en el funcionamiento ni comportamientos extravagantes.

Duración breve de episodios anímicos en comparación con el pensamiento delirante. Los delirios no son secundarios a una afección médica o el consumo de drogas.



DIAGNOSTICO

Las pruebas psicológicas proyectivas revelan una preocupación con temas paranoides o de grandeza, así como cuestiones de inferioridad, falta de adaptación y ansiedad.

Los delirios duran al menos 1 mes, están bien sistematizados y no son extravagantes.

Respuesta emocional al sistema delirante es congruente y adecuada con respecto al contenido del delirio.

personalidad permanece intacta o se deteriora de forma mínima

PRONOSTICO

Se considera un dx considerablemente estable. Pronostico favorable sexo femenino; comienzo antes de los 30 años de edad; inicio repentino; duración breve de la enfermedad. El 50% de los pxs han mostrado recuperación en seguimientos de largo plazo, el 20% una reducción de los síntomas y el 30% no muestran cambio alguno

EPIDEMIOLOGIA

Representan sólo el 1-2% de todas las hospitalizaciones. Edad de inicio, con un rango entre los 18 a 80 años (media, 34-45 años), con un ligero predominio en las mujeres

ETIOLOGIA

Genético: ligero incremento en las familias de pacientes con trastorno delirante.

Biológico: afección al sistema límbico y los ganglios basales. También surge respuesta a la estimulación del sistema nervioso periférico.

Psicosocial: antecedentes de abuso físico o emocional. Antecedentes de hipoacusia, ceguera, aislamiento social y soledad.

Etiologías Medicas:

Trastornos neurodegenerativos: Enf Alzheimer, Enf de Huntington, EM,.

Otros del SNC: Tumores cerebrales (lob temporal y hemisféricos profundos), epilepsia, TCE (hematoma subdural).

Enf Vascolar: Vasculopatía arteriosclerótica, encefalopatía hipertensiva; hemorragia subaracnoidea y arteritis temporal.

Infec: VIH o SIDA, paludismo, Encefalitis vírica aguda.

Enf Metabólica: Hipercalcemia, hiponatremia, hipoglucemia, uremia, encefalopatía hepática y porfiria.

Endocrinopatias: Enf Addison, Sx Cushing, hiper e hipotiroidismo y panhipopituitarismo.

Deficiencia de B12, Folato, Tiamina y Niacina.

TRATAMIENTO

Hospitalización: necesaria cuando el px es incapaz de controlar sus impulsos suicidas u homicidas.

Farmacológico: antipsicóticos VO o IM, responde de manera preferente a la Pimozida.

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

Signo de un tto exitoso puede ser una adaptación social satisfactoria más que la supresión de los delirios del paciente

