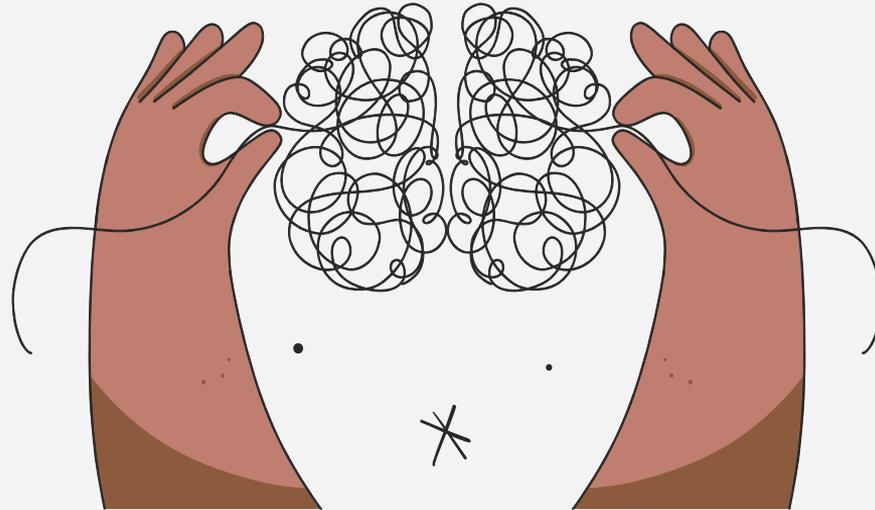


Ayudantía 2 "Neurociencia clínica"

Docente: Leny Loncomilla
Ayudante: María Ignacia Fernández



TEMARIO

01 Esquizofrenia y psicosis

1. **Tipos** de trastornos psicóticos.
2. **Características** de la psicosis.
3. **Causas** de la esquizofrenia.
4. Fase prodrómica.
5. **Síntomas centrales.**
6. **Cognición** (metacognición, neurocognición, cognición social).
7. **Neuropatología,** hipótesis dopaminérgicas.
8. **Tratamiento y pronóstico.**

02 Trastornos anímicos

1. **Tipos** de trastornos anímicos (depresión, tipos de bipolaridad).
2. **Características centrales** de los trastornos anímicos.
3. **Causas** de la depresión.
4. **Hipótesis** en depresión (monoaminérgica, eje HPA).
5. **Neurocognición** en depresión y bipolaridad.
6. **Tratamiento** en depresión y bipolaridad.



01

Esquizofrenia y psicosis

¡Recordemos!

La psicosis es una experiencia psicopatológica que causa una pérdida de contacto con la realidad.

Lo principal es la diferenciación de síntomas psicóticos: alucinaciones (percepción) v/s delirios (línea del pensamiento). Diversos tipos de estos síntomas.

- Son creencias fijas, no existe duda (ya que está alterado el juicio de la realidad más que el sentido).

Se ve alterado el pensamiento (acelerado, enlentecido), lenguaje (se desorganiza), oscilación anímica, cambio en comportamiento conductual y motor (catatonía, coordinación).





01

Esquizofrenia y psicosis

¡Recordemos!

Fase prodrómica: periodo sintomático previo a la aparición de los síntomas psicóticos (duración: semanas, meses o años). Caracterizado por síntomas inespecíficos, ansiedad, retraimiento social, irritabilidad. Deterioro funcional, cambios SUTILES en el pensamiento, afectivo o problemas cognitivos.

Intervención: apoyo psicosocial/familiar, psicoeducación, intervención farmacológica, REINTEGRACIÓN progresiva a escuela/trabajo.

- ❑ Antes de cualquier intervención preguntarse sobre situaciones de riesgo actuales y si antes de cualquier objetivo se requiere la hospitalización.



01

Diferenciales



Trastorno	Tipos	Síntomas	Duración	Diferencial
Trastorno de delirios (especificar si con contenido extravagante).	Errotomaniaco	Delirios persistentes (persecutorios, megalomaniacos, somáticos, etc.) sin otros síntomas psicóticos marcados. No hay alucinaciones prominentes.	Mayor o igual a 1 mes	A diferencia de la esquizofrenia, no hay deterioro marcado del funcionamiento ni otros síntomas psicóticos como alucinaciones prominentes.
	Grandeza			
	Celotípico			
	Persecutorio			
	Somático			
	Mixto			
Trastorno psicótico breve	C/ factor (es) de estrés notable o sin. POSPARTO.	Alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado, conducta desorganizada o catatónica.	Mayor o igual a un día y menor a un mes con retorno total al funcionamiento previo.	Duración breve y retorno completo al estado premórbido. No se presentan síntomas negativos persistentes como en la esquizofrenia.
Trastorno esquizofreniforme	C/ características de buen pronóstico o sin.	Síntomas positivos, negativos y/o cognitivos. Clínicamente similares a la esquizofrenia.	Mayor o igual a un mes y menor a seis meses.	Diferencia principal con esquizofrenia: duración. Puede evolucionar a esquizofrenia si persiste más allá de 6 meses.



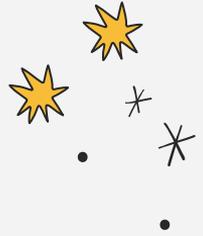
01

Diferenciales

Esquizofrenia	Paranoide	Alucinaciones, delirios, lenguaje y conducta desorganizada, síntomas negativos y cognitivos. Afecta funcionamiento diario.	Mayor o igual a seis meses (incluye al menos un mes de síntomas activos).	Trastorno crónico con deterioro funcional. Se diferencia por la duración y la presencia de síntomas negativos persistentes.
	Catatónica			
	Desorganizada			
	Indiferenciada			
	Residual			
Trastorno esquizoafectivo	Tipo bipolar	Episodios afectivos (depresivos o maníacos) concurrentes con síntomas psicóticos.	Episodio afectivo debe estar presente durante la mayoría del curso del trastorno.	A diferencia de los trastornos afectivos con síntomas psicóticos, los síntomas psicóticos persisten incluso fuera de los episodios afectivos.
	Tipo depresivo			
Trastorno psicótico inducido por sustancias.	C/ inicio durante intoxicación o durante abstinencia.	Delirios y/o alucinaciones directamente relacionadas con el consumo o abstinencia de una sustancia.	Durante o poco después del uso o retiro de la sustancia.	Desaparece al cesar el efecto de la sustancia. Importante descartar esquizofrenia si los síntomas persisten.
Catatonía		Síntomas motores graves: inmovilidad, mutismo, negativismo, ecolalia, ecopraxia, manierismos, posturas extrañas.	Variable según trastorno asociado	Puede ser especificador de otros trastornos psicóticos o afectivos. Importante distinguir de síntomas negativos de esquizofrenia o efectos neurológicos.

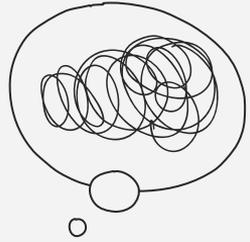


Caso clínico



Camila, 22 años

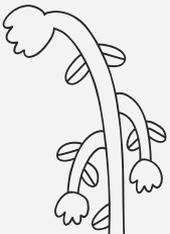
Camila es una estudiante universitaria que, desde hace seis meses, ha mostrado un cambio notable en su comportamiento. Ha comenzado a aislarse socialmente, ha dejado de asistir a clases y muestra una marcada falta de motivación e interés por actividades que antes disfrutaba. Sus padres notan que habla sola en su habitación y, cuando le preguntan, responde molesta que está “hablando con las voces que le dan consejos importantes”.



En ocasiones expresa que un profesor está enviando mensajes secretos solo para ella a través de los videos de clases, los cuales considera ofensivos. Cree que su cuerpo está “pudriéndose por dentro” y que por eso no puede dormir ni comer. Su lenguaje es errático, salta de un tema a otro sin conexión clara, y a veces usa palabras inventadas. Presenta momentos de risa inmotivada y largos períodos de mutismo. No ha consumido drogas ni presenta antecedentes médicos relevantes.

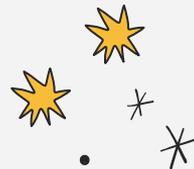
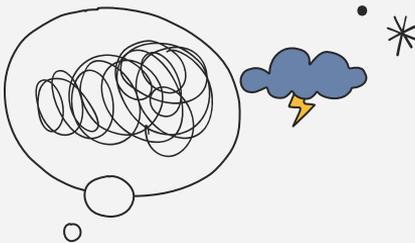


En la entrevista clínica, muestra escaso contacto visual, aplanamiento afectivo y un pensamiento visiblemente desorganizado. Muestra negativismo ante las preguntas directas, y en ciertos momentos adopta posturas rígidas por varios minutos.





Caso clínico



Camila, 22 años

Camila es una **estudiante universitaria** que, desde hace **seis meses**, ha mostrado un **cambio notable** en su comportamiento. Ha comenzado a **aislarse socialmente**, ha dejado de asistir a clases y muestra una **marcada falta de motivación e interés por actividades que antes disfrutaba**. Sus padres notan que habla sola en su habitación y, cuando le preguntan, responde molesta que está “hablando con las voces que le dan consejos importantes”.

En ocasiones expresa que un profesor está **enviando mensajes secretos solo para ella a través de los videos de clases**, los cuales considera ofensivos. Cree que su cuerpo está “pudriéndose por dentro” y que por eso no puede dormir ni comer. Su lenguaje es errático, salta de un tema a otro sin conexión clara, y a veces usa palabras inventadas. Presenta momentos de risa inmotivada y largos períodos de mutismo. No ha consumido drogas ni presenta antecedentes médicos relevantes.

En la **entrevista clínica**, muestra escaso contacto visual, aplanamiento afectivo y un pensamiento visiblemente desorganizado. Muestra negativismo ante las preguntas directas, y en ciertos momentos adopta posturas rígidas por varios minutos.

Lo primero a considerar es la **edad** y el cambio en el comportamiento (atestiguado por cercanos, al parecer egosintónico).

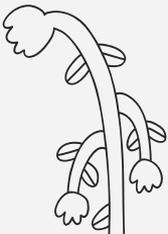
Duración: hace 6 meses.

Síntomas positivos: alucinaciones auditivas y delirios somáticos y autorreferenciales (¿cuál es la diferencia delirio/alucinación?) desinterés. Afecta relaciones interpersonales, área académica, Lenguaje desorganizado, comportamiento motor alterado.

Síntomas negativos: (aplanamiento afectivo, mutismo, aislamiento social, anhedonia, apatía).

Cumple con criterios DSM-5 para esquizofrenia.

OJO CON EMAR Y FASE PRODRÓMICA.



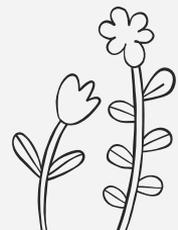
02

Trastornos anímicos

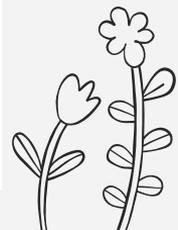
¡Recordemos!

Lo principal es la alteración del estado de ánimo (distímico, maniaco, depresivo). Existen trastornos depresivos y bipolares.

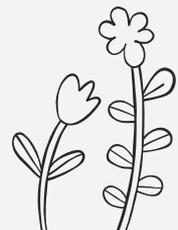
Depresión mayor: tristeza profunda, pérdida de interés persistente por actividades o situaciones que antes resultaban placenteras. Afecta a nivel físico, emocional, cognitivo y comportamental.



Trastorno	Tipos	Características	Duración	Diferenciales
Bipolar (Especificar si relacionado a sustancias u otras afecciones médicas)	Bipolar 1	Episodio maníaco , hipomaniaco, depresivo.	Presencia de al menos un episodio maníaco claro (al menos una semana) Puede o no haber depresivos mayores (duración al menos dos semanas). INTERMITENTE	Diferenciar de esquizoafectivo por predominancia afectiva vs psicótica; en bipolar, la psicosis solo ocurre durante el episodio afectivo.
	Bipolar 2	Episodio hipomaniaco y al menos uno depresivo mayor .	Nunca ha habido un episodio maníaco. Presencia de al menos un episodio hipomaniaco (dura al menos 4 días) y al menos uno episodio depresivo mayor. INTERMITENTE	No hay manía; diferencia clave con bipolar I. Psicosis no presente, o solo en depresión.
Ciclotímico	Con ansiedad	Oscilaciones crónicas del estado de ánimo durante al menos 2 años (1 año en NNA)	Síntomas fluctuantes mayor o igual a 2 años en adultos (mayor o igual a 1 año en NNA). Gravedad baja a moderada pero persistente. Episodio hipomaniaco, depresivo <u>sub-umbral no llega a cumplir criterios de ninguno completamente.</u>	Trastorno afectivo persistente leve. No se cumplen criterios de trastorno depresivo mayor ni episodio hipomaniaco/maníaco



Depresivo	De desregulación perturbador del estado de ánimo	Irritabilidad severa y arrebatos conductuales fuera de proporción. Inicio antes de los 10 años.	≥ 12 meses. Diagnóstico entre los 6 y 18 años.	Diferenciar de trastorno bipolar infantil. No presenta episodios de manía/hipomanía.
	Depresivo mayor	Estado de ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones somáticas, cognición y funcionalidad afectadas.	≥ 2 semanas. Síntomas presentes casi todos los días.	Diferenciar de duelo o reacción adaptativa. En depresión, hay deterioro funcional y síntomas persistentes.



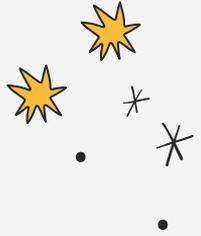
02

Diferenciales

Depresivo persistente (distimia)	Ánimo crónicamente deprimido, síntomas más leves que depresión mayor pero duraderos.	≥ 2 años en adultos (≥ 1 año en NNA), sin remisión >2 meses.	Menor intensidad que depresión mayor, pero más duradero. Puede tener episodios superpuestos (doble depresión).
Disfórico premenstrual.	Síntomas afectivos, somáticos y conductuales durante la fase lútea del ciclo. Remiten al iniciar la menstruación.	En la mayoría de los ciclos menstruales del último año.	Cíclico, relacionado con fase premenstrual. Confirmar con seguimiento prospectivo de 2 meses.

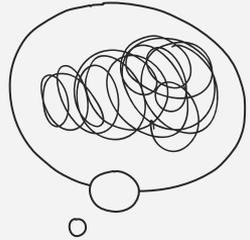


Caso clínico



Javier, 27 años

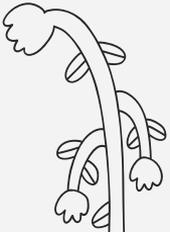
Javier es un hombre de 27 años que acude a consulta acompañado de su pareja, quien manifiesta preocupación por cambios importantes en su ánimo. Durante los últimos tres meses, Javier ha mostrado una profunda tristeza, fatiga constante, dificultad para concentrarse, e insomnio. Refiere sentirse sin esperanza, haber perdido el interés por sus pasatiempos, y tener pensamientos de inutilidad. No ha presentado ideas suicidas activas, pero menciona que a veces "le daría igual no despertar".



Al indagar antecedentes, relata que hace aproximadamente un año tuvo un período de "energía inusual", en el que durmió poco, hablaba rápidamente, se sentía especialmente carismático, e inició varios proyectos laborales que luego abandonó. Sus familiares notaron que estaba más impulsivo, comprando objetos innecesarios y planeando viajes sin sentido. Ese estado duró cerca de una semana, sin interferencia funcional severa ni hospitalización, y luego fue seguido por una fase neutra.

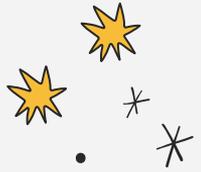
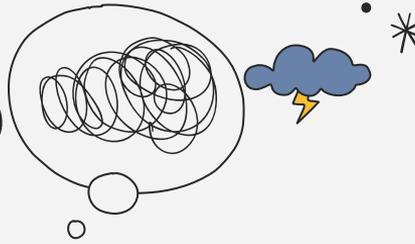


No hay antecedentes de episodios maníacos. Niega consumo de sustancias. Tiene antecedentes familiares de trastorno afectivo en su madre.





Caso clínico



Javier, 27 años

Javier es un hombre de 27 años que acude a consulta acompañado de su pareja, quien manifiesta preocupación por cambios importantes en su ánimo. Durante los últimos tres meses, Javier ha mostrado una profunda tristeza, fatiga constante, dificultad para concentrarse, e insomnio. Refiere sentirse sin esperanza, haber perdido el interés por sus pasatiempos, y tener pensamientos de inutilidad. No ha presentado ideas suicidas activas, pero menciona que a veces "le daría igual no despertar".

Al indagar antecedentes, relata que hace aproximadamente un año tuvo un período de "energía inusual", en el que durmió poco, hablaba rápidamente, se sentía especialmente carismático, e inició varios proyectos laborales que luego abandonó. Sus familiares notaron que estaba más impulsivo, comprando objetos innecesarios y planeando viajes sin sentido. Ese estado duró cerca de una semana, sin interferencia funcional severa ni hospitalización, y luego fue seguido por una fase neutra.

No hay antecedentes de episodios maníacos. Niega consumo de sustancias. Tiene antecedentes familiares de trastorno afectivo en su madre.

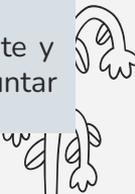
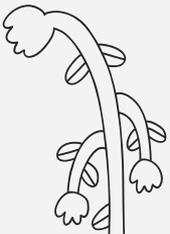
Dar cuenta de cambios en el ánimo. Episodio depresivo y la duración de este, así como también la hipomanía (no correspondería a trastorno bipolar tipo 1, ya que no hay episodios maníacos).

Duración: últimos tres meses (importante saber si ha ocurrido algún evento estresor, gatillante).

Sintomatología: profunda tristeza, fatiga constante, pérdida de esperanza, autorreproches. Otro episodio de energía inusual. Más por el lado de la manía.

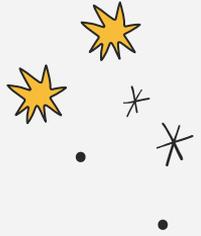
Diagnóstico: Tr. Bipolar tipo I (diferencial episodio maníaco).

IMPORTANTE: siempre tener presente y evaluar riesgo suicida (mejor preguntar que asumir).





Caso clínico



Laura, **16 años**

Motivo de consulta: La madre refiere que su hija ha cambiado en los últimos meses: “Ya no es la misma, está distante, parece que nada le importa”.

Historia clínica: Laura es una adolescente de 16 años, estudiante de preparatoria, vive con sus padres y un hermano menor. Siempre ha sido una alumna responsable, algo reservada, pero con un grupo pequeño de amistades cercanas. Su madre solicita apoyo psicológico luego de notar cambios en su comportamiento desde hace aproximadamente **cuatro meses**.

Síntomas actuales (descritos por familia y docente):

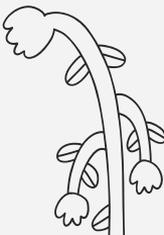
- Llanto ocasional sin razón aparente, que ella minimiza (“estoy cansada”).
- Se muestra desinteresada en actividades que antes disfrutaba, como la pintura y salir con amigas.
- Ha bajado su rendimiento escolar, entregando tareas incompletas y mostrándose distraída en clase.
- Se ha vuelto más irritable en casa, con respuestas cortantes y actitud defensiva ante comentarios simples.
- Muestra cansancio constante y duerme más de lo habitual los fines de semana.
- Ha evitado reuniones familiares recientes y se aísla en su cuarto.
- En una conversación reciente con una amiga, mencionó: “A veces pienso que no valgo para nada. Todo estaría mejor si no estuviera”.

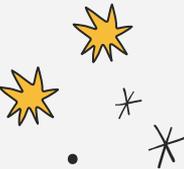




Caso clínico

Laura, 16 años

- ❑ **Evaluación clínica (entrevista individual):** Laura se muestra apática, con poco contacto visual y respuestas breves. Ante preguntas sobre su estado de ánimo, responde “todo está bien”, aunque en momentos se le llenan los ojos de lágrimas. Refiere sentirse “vacía” y tener dificultades para concentrarse. Al preguntarle si ha pensado en hacerse daño, responde con un largo silencio y luego dice: “A veces... pero no lo haría”.
 - ❑ **Antecedentes personales y familiares:** Sin antecedentes psiquiátricos diagnosticados. Su abuela paterna tuvo “crisis nerviosas”, según refiere la madre. La familia ha atravesado recientemente por un cambio de ciudad debido al trabajo del padre, lo que implicó que Laura cambiara de escuela y dejará atrás a sus amigas más cercanas.
 - ❑ **Observaciones clínicas adicionales:** No hay síntomas psicóticos evidentes. No se observa catatonía ni alteraciones graves en la percepción de la realidad. No hay deterioro cognitivo, aunque sí dificultad de atención y lentitud en las respuestas.
- 
- 

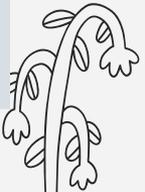


SIEMPRE CONSIDERAR: ideación suicida pasiva, seguimiento clínico, red interdisciplinaria profesional y red de apoyo inmediata.

En cuanto a sintomatología dar cuenta de que afecta diversas áreas: retraimiento social, pérdida de interés por actividades, irritabilidad (presencia de lo depresivo más común en infante-adolescente), Baja autoestima, sentimientos de inutilidad, ideación suicida pasiva, labilidad emocional. OJO: factores contextuales → mudanza, cambios de colegio, contención familiar debilitada.



GRAVEDAD → Leve a moderado (con posibilidad de agravarse).





Duelo y otros objetos de observación clínica para intervención.

Duelo

- ❑ Es un proceso que se debe tener presente cuando se piensa en la hipótesis de una depresión mayor.
- ❑ Puede dirigirse a algo patológico, sin embargo, se debe tener en cuenta el deterioro significativo para la persona.
- ❑ Desde el DSM-V el duelo se entiende como una reacción normal ante la pérdida de un ser querido, pero también se reconoce el trastorno de duelo prolongado como una condición mental más específica.

Intervenciones:

- Lo fundamental siempre es evaluar el riesgo, ideación suicida, planificación, pensamientos de querer desaparecer. Si es así se debe determinar la hospitalización, abrir la confidencialidad con la persona que se haya acordado en el encuadre.
- Evaluar si existe una red de apoyo cercana activa que pueda sostener.
- Derivaciones a psiquiatra → evaluar esquema farmacológico.
- Apoyo psicosocial → evaluar contexto actual, eventos estresantes del último tiempo, duelos recientes.
- Psicoeducación.

