

MÓDULO III

Diagnóstico de la psicosis

Diagnóstico diferencial con otros trastornos

El diagnóstico diferencial de la psicosis según el DSM-V es un proceso complejo y detallado que requiere una evaluación cuidadosa para distinguirla de otros trastornos que pueden presentar síntomas similares. A continuación, se presenta una exposición breve de los criterios y síntomas de cada trastorno relacionado con la psicosis, basada en el manual, para facilitar una comprensión clara y precisa de estas condiciones. Si bien lo que se ha elegido pertinente para este apartado es relevante, hay áreas significativas que podrían ampliarse para ofrecer una visión más completa y práctica. Aspecto que puede suplirse en la versión extendida del propio manual.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios

ESQUIZOFRENIA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas característicos:** Al menos dos de los siguientes síntomas deben estar presentes durante un mes [o menos si se trata con éxito], y al menos uno de ellos debe ser [1], [2], o [3]:
 1. **Delirios:** Creencias falsas e inquebrantables que no son compartidas por otros en la misma cultura.
 2. **Alucinaciones:** Percepciones sensoriales sin estímulo externo, más comúnmente auditivas.
 3. **Habla Desorganizada:** Incoherencia o desorganización en el discurso.
 4. **Comportamiento muy desorganizado o catatónico:** Acciones o posturas extremas e inusuales.
 5. **Síntomas negativos:** Reducción de la expresión emocional, falta de iniciativa [abulia], alogia [pobreza del habla].
- **Disfunción social/ocupacional:** El nivel de funcionamiento en una o más áreas importantes de la vida [trabajo, relaciones interpersonales, autocuidado] está significativamente por debajo del nivel anterior al inicio del trastorno.
- **Duración:** Signos continuos del trastorno persisten por al menos seis meses, incluyendo al menos un mes de síntomas activos [o menos si se trata con éxito].
- **Exclusión de otros trastornos:** Los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor con características psicóticas, o trastorno bipolar con características psicóticas.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas:** Similar a la esquizofrenia, con al menos dos de los síntomas característicos presentes.
- **Duración:** Al menos un mes pero menos de seis meses.
- **Exclusión de otros trastornos:** los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor con características psicóticas, o trastorno bipolar con características psicóticas.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas:** Episodios concurrentes de síntomas de esquizofrenia y un episodio de depresión mayor, manía, o hipomanía.
- **Duración:** Durante el curso de la enfermedad, ha habido delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de un episodio de trastorno del estado de ánimo.
- **Exclusión de otros trastornos:** Los síntomas no se explican mejor por el uso de sustancias o una condición médica.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas:** Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas. Al menos uno de ellos debe ser [1], [2], o [3]:
 1. **Delirios.**
 2. **Alucinaciones.**
 3. **Habla desorganizada.**
 4. **Comportamiento muy desorganizado o catatónico.**
- **Duración:** Al menos un día, pero menos de un mes, con eventual retorno completo al nivel de funcionamiento previo.
- **Exclusión de otros trastornos:** Los síntomas no se explican mejor por un trastorno depresivo mayor con características psicóticas, trastorno bipolar con características psicóticas, trastorno esquizoafectivo, o esquizofrenia.

TRASTORNO DELIRANTE

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas:** Delirios no bizarros (situaciones que podrían ocurrir en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia) que duran al menos un mes.
- **Función:** Aparte del impacto directo del delirio, el funcionamiento no está marcadamente deteriorado y el comportamiento no es obviamente extraño o bizarro.
- **Exclusión de otros trastornos:** Si han existido episodios de manía o depresión mayor concurrentes con los delirios, estos han sido breves en comparación con la duración de los periodos delirantes.

Trastornos del estado de ánimo con características psicóticas

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas de depresión mayor:**
 - Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
 - Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades.
 - Pérdida o aumento significativo de peso sin hacer dieta.
 - Insomnio o hipersomnia.
 - Agitación o retraso psicomotor.
 - Fatiga o pérdida de energía.
 - Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
 - Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico.
- **Características psicóticas:** Delirios o alucinaciones que se presentan exclusivamente durante los episodios depresivos mayores.
- **Exclusión de otros trastornos:** Los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, o trastorno delirante.

TRASTORNO BIPOLAR CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas de episodio maníaco:**
 - Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

- Aumento anormal y persistente de la actividad o la energía.
- Durante este periodo, tres [o más] de los siguientes síntomas [cuatro si el estado de ánimo es solo irritable]:
 - Aumento de la autoestima o grandiosidad.
 - Disminución de la necesidad de dormir.
 - Más locuaz de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - Distractibilidad.
 - Aumento de la actividad dirigida a un objetivo.
 - Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial para consecuencias dolorosas.
- **Características psicóticas:** Delirios o alucinaciones que se presentan exclusivamente durante los episodios de manía, hipomanía, o depresión.
- **Exclusión de otros trastornos:** los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, o trastorno delirante.

Trastornos de la personalidad

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas:** Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad, comenzando en la adultez temprana y presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco [o más] de los siguientes:
 - Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginado.
 - Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas.
 - Alteración de la identidad.
 - Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente autolesivas.
 - Comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
 - Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo.
 - Sentimientos crónicos de vacío.
 - Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlar la ira.
 - Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos severos.
- **Síntomas psicóticos transitorios:** Bajo estrés extremo, pueden presentarse síntomas psicóticos breves, como paranoias o disociaciones.

Trastornos por consumo de sustancias

PSICOSIS INDUCIDA POR SUSTANCIAS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas:** Delirios o alucinaciones que son directamente atribuibles al consumo de una sustancia (droga de abuso, medicamento) o a la abstinencia de la misma.
- **Criterios:** Evidencia de que los síntomas psicóticos se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia, y los síntomas no son mejor explicados por un trastorno psicótico independiente.
- **Exclusión de otros trastornos:** Los síntomas no se explican mejor por un trastorno psicótico independiente que no sea inducido por sustancias.

Condiciones médicas generales

PSICOSIS DEBIDA A OTRA CONDICIÓN MÉDICA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas:** Delirios o alucinaciones que son directamente atribuibles a una condición médica subyacente (por ejemplo, infecciones del SNC, trastornos endocrinos, enfermedades neurológicas).
- **Criterios:** Evidencia de que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la condición médica.
- **Exclusión de otros trastornos:** Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental y no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirium.

Otros trastornos

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC) Y TRASTORNOS RELACIONADOS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas de TOC:**
 - **Obsesiones:** Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados y que causan ansiedad o malestar.
 - **Compulsiones:** Comportamientos repetitivos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, verificar) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio) que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que deben aplicarse rígidamente.

- **Síntomas psicóticos:** Ideas delirantes o alucinaciones pueden presentarse, pero están centradas en las obsesiones y compulsiones.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- **Síntomas:** Exposición a un evento traumático, seguido de síntomas intrusivos, evitación persistente de estímulos asociados con el trauma, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo, y alteraciones en la excitación y reactividad.
- **Síntomas psicóticos:** Flashbacks y reexperimentación del trauma pueden parecer alucinaciones.

El diagnóstico de psicosis por patología psiquiátrica (no orgánica, primaria o idiopática)

De lo expuesto, es oportuno hacer hincapié en lo siguiente. Hay que saber la distinción entre psicosis por patología psiquiátrica (no orgánica, primaria o idiopática) y psicosis de origen orgánico, porque el tratamiento y el pronóstico difieren significativamente entre ambas. Y es que, identificar una causa orgánica subyacente, como una enfermedad neurológica, infección, desequilibrio hormonal o efecto de sustancias, permite abordar directamente la causa raíz y potencialmente resolver los síntomas psicóticos mediante tratamientos específicos. En cambio, la psicosis de origen psiquiátrico primario requiere un enfoque diferente, centrado en la terapia psiquiátrica y psicofarmacológica a largo plazo.

Este diagnóstico debe realizarse por exclusión, por ello, será esencial descartar en primer lugar una etiología orgánica del cuadro. Como elementos orientativos para el diagnóstico diferencial del origen orgánico vs no orgánico [o psiquiátrico]:

Características	Psicosis orgánica	Psicosis no orgánica
Inicio	Abrupto	Prodrómico
Alteraciones de la conciencia, atención o desorientación	Sí, posibles	No
Alteración de constantes vitales	Sí, posibles	No

Edad de inicio	Atípica (> 40 años)	Típica (< 40 años)
Fluctuaciones	Sí, posibles	No
Alucinaciones	No auditivas (visuales predominantemente)	Auditivas normalmente
Focalidad neurológica	Sí, posibles	No
Alteraciones cognitivas	Sí, posibles	No
Historia familiar	No normalmente	Sí, frecuente

Principales causas de psicosis orgánicas

- Intoxicación o abstinencia de sustancias.
- Fármacos (levodopa, corticoides, algunos antivirales, antibióticos y antipalúdicos...).
- Causas principales: alteraciones hidroelectrolíticas, hipoglucemia, hipoxia, hipercapnia, infecciones e intoxicación o abstinencia de fármacos o drogas de abuso.
- Patologías orgánicas concretas: alteraciones tóxico-metabólicas (encefalopatía hipóxica, tirotoxicosis, hipoglucemia, ...), causas focales (accidentes cerebrovasculares, abscesos, epilepsia, lesiones ocupantes de espacio), causas neurodegenerativas (enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy, esclerosis múltiple...), causas infecciosas (neurosífilis, sida, encefalitis herpética...), causas autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, encefalitis anti-MMDA, enfermedad de Hashimoto...).

De psicosis psiquiátricas

- Esquizofrenia y otros trastornos de su espectro, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad o psicosis afectiva (depresiva o maníaca).

¿Qué tiene un diagnóstico completo en psicosis?

- **Entrevista clínica: anamnesis, evaluación de síntomas psicóticos, ampliación de información por terceros.**
 - Evaluación médica básica
 - Anamnesis general por aparatos y sistemas

- Toma de constantes vitales
- Exploración física [que incluya exploración neurológica exhaustiva]

- **Pruebas complementarias: Individualizar**

- Sin antecedentes de psicosis previos o sospecha de origen orgánico de la psicosis, realizar al menos:
 - Test de tóxicos en orina
 - Analítica sangre (mínimo hemograma y bioquímica básica)
 - TAC craneal sin contraste *
- En función de la sospecha clínica: Valorar pruebas adicionales, por ejemplo**:
 - EEG: Ante sospecha de patología comicial
 - Punción lumbar: Sospecha de meningitis o encefalitis, delirium de causa no identificable o cambios en nivel de conciencia no explicables por otras causas.
 - Otras

Aspectos que no hay que olvidar en el diagnóstico

Hay varios factores muy específicos que a menudo se pasan por alto en el diagnóstico de psicosis. A continuación, veamos algunos de ellos.

Historia de trauma

Se sabe que los antecedentes de trauma, especialmente en la infancia, pueden predisponer a la aparición de síntomas psicóticos. Pues las experiencias traumáticas pueden afectar el desarrollo cerebral y la regulación emocional, aumentando el riesgo de psicosis en la vida adulta. Al final, el trauma infantil puede alterar la neuroplasticidad, afectar el volumen y la conectividad de áreas clave del cerebro como el hipocampo y la amígdala, y llevar a una activación crónica del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, resultando en niveles elevados de cortisol y una respuesta al estrés disfuncional [Aas et al., 2016].

De esta manera, la historia familiar de enfermedades mentales, incluyendo trastornos psicóticos, puede ser un indicador importante del riesgo genético. Por lo que no hay que olvidar conocer los antecedentes familiares puede ayudar a identificar patrones hereditarios y predisposiciones.

Patrones de sueño y ritmo circadiano

Los trastornos del sueño son comunes en pacientes con psicosis y pueden exacerbar los síntomas. El sueño insuficiente o de mala calidad puede contribuir a la desregulación emocional y cognitiva. Una alteración que puede manifestarse de varias maneras, incluyendo insomnio, hipersomnia, sueño fragmentado y mala calidad del sueño en general. Estos problemas del sueño pueden agravar los síntomas psicóticos, como las alucinaciones y los delirios, y también pueden empeorar los síntomas afectivos y cognitivos. Hasta tal punto que la falta de sueño puede llevar a desenlaces trágicos, como el intento de fuga y las autolesiones graves en este caso (Reeve et al., 2018).

Síntomas prodrómicos

Antes de nada, con síntomas prodrómicos nos referimos a aquellos signos y síntomas tempranos que preceden al desarrollo completo de un episodio psicótico como aislamiento social, disminución del rendimiento académico o laboral, y cambios en el comportamiento. Por ejemplo, que haya un desarrollo de pensamientos sospechosos o paranoides, aunque no alcancen la intensidad de los delirios, cambios frecuentes e inexplicables en el estado de ánimo, incluyendo episodios de irritabilidad, problemas para concentrarse en tareas cotidianas, como leer o ver la televisión, etc. Por supuesto, estos síntomas que acabamos de mencionar deben considerarse en el contexto de un conjunto más amplio de signos y síntomas, así como la historia clínica completa del paciente.

Abuso de sustancias

El uso de sustancias como cannabis, alcohol, alucinógenos y estimulantes puede precipitar o agravar los síntomas psicóticos. Mismamente, hay estudios que en cuanto a esto demuestran que el consumo de cannabis puede aumentar el riesgo de desarrollar psicosis, particularmente en individuos con predisposición genética o antecedentes familiares de trastornos psicóticos ((Murray et al., 2017) y otros que determinan que el consumo excesivo de alcohol y la abstinencia pueden desencadenar delirium tremens, que incluye alucinaciones visuales y auditivas, así como delirios (Heilig et al., 2010), por poner algunos ejemplos. Por no decir que sustancias como el LSD, la psilocibina y la ketamina pueden inducir estados psicóticos temporales.

Esto es importante porque si se realiza una evaluación médica y psiquiátrica básica de un paciente, pero no se efectúan pruebas toxicológicas para detectar el uso de sustancias (contando con que el paciente, por ejemplo, esté en su estado psicótico y no sea capaz de proporcionar información confiable sobre su consumo de sustancias, ¡y encima nos encontramos con que los registros médicos no indican ningún historial de abuso de drogas!), puede ser que con el pasar de los días esta persona acabe volviendo porque con-

tinúe mostrando altos niveles de agitación, episodios de paranoia severa y alucinaciones persistentes. En el momento en el que se hace una evaluación toxicológica completa, se encuentra la presencia de altas concentraciones de metanfetaminas en el sistema, indicando un abuso activo de sustancias estimulantes. En ese caso, lo que sí que va a funcionar es que se inicien protocolos de desintoxicación y se ajuste la medicación para manejar tanto los síntomas de abstinencia como los psicóticos.

Infecciones y enfermedades sistémicas

Infecciones como la sífilis, el VIH y enfermedades autoinmunes pueden presentar síntomas psicóticos. Por eso es importante que consideremos descartar estas causas para proporcionar un tratamiento adecuado. Siendo pertinente, por tanto, realizar pruebas serológicas, análisis del líquido cefalorraquídeo y estudios de imagen cerebral para identificar posibles causas subyacentes. Pues un paciente que tenga lupus eritematoso sistémico, por ejemplo, convive con una neuropsiquiatría que puede manifestarse con síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios, debido a la inflamación y daño en el tejido cerebral, o si presenta una encefalitis autoinmune, la inflamación producida puede resultar en síntomas neuropsiquiátricos severos entre los que se incluyen psicosis, convulsiones, y deterioro cognitivo.

Función tiroidea

También, importante considerar las disfunciones tiroideas, como el hipotiroidismo y el hipertiroidismo, pueden causar síntomas psicóticos. Por lo que evaluar la función tiroidea es esencial para descartar estas condiciones endocrinas, dado que el hipotiroidismo puede llevar a delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento, así como a depresión y lentitud cognitiva, que pueden imitar trastornos psiquiátricos primarios; y el hipertiroidismo causar ansiedad, agitación, delirios de grandeza y alteraciones del sueño, exacerbando los síntomas psicóticos.

Deficiencias nutricionales

Observar si hay deficiencias de vitaminas, especialmente vitamina B12 y folato, vital para la síntesis de ADN y la metilación de neurotransmisores, procesos críticos para el funcionamiento cerebral adecuado, pueden contribuir a síntomas psiquiátricos. De hecho, la deficiencia de esta primera puede conducir a una variedad de síntomas neuropsiquiátricos, incluyendo depresión, ansiedad, confusión, y síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. Y las deficiencias simultáneas de ambos pueden exacerbar los síntomas psicóticos debido a su papel interdependiente en el metabolismo del carbono y la homocisteína. Ahora, si bien la suplementación de vitamina B12 y folato puede ser una parte importante del tratamiento de síntomas psicóticos aso-

ciados con deficiencias nutricionales, no suele ser suficiente por sí sola para tratar la psicosis. Pues sabemos que tiene que haber detrás de todo un plan de tratamiento integral que incluya psicofármacos, terapias psicológicas y apoyo psicosocial, con un monitoreo continuo y ajuste del tratamiento según sea necesario.

Revisión de medicamentos

Ya que algunos medicamentos pueden inducir síntomas psicóticos como efectos secundarios. Esto incluye corticosteroides, ciertos antihistamínicos, antidepresivos y medicamentos para el Parkinson, entre otros. Además, la interacción entre diferentes medicamentos puede exacerbar los síntomas psicóticos. También es importante para diferenciar entre una psicosis inducida por medicamentos y un trastorno psicótico primario, lo cual es esencial para formular un plan de tratamiento adecuado y evitar tratamientos innecesarios o incorrectos. Por ejemplo, supongamos que acude a consulta un paciente de 45 años, con antecedentes de asma y artritis reumatoide, tiene síntomas de delirios y alucinaciones auditivas que comenzaron hace dos meses. Revisamos su historial médico y medicamentos, se descubre que recientemente se le prescribieron altas dosis de corticosteroides para controlar un brote severo de artritis. Estos corticosteroides, conocidos por su potencial para inducir síntomas psicóticos, son identificados como la posible causa de la psicosis y tras reducir gradualmente la dosis de corticosteroides y monitorear al paciente, los síntomas psicóticos comienzan a disminuir, por lo que hemos confirmado que los medicamentos eran la causa subyacente. En definitiva, hemos evitado tratamientos innecesarios o incorrectos.

Cuadro de auto y heteroagresividad

Evaluar el riesgo de suicidio siempre será algo esencial, ya que los pacientes con psicosis tienen un riesgo significativamente mayor de autoagresividad y suicidio. Como profesionales, hemos de identificar pensamientos suicidas y comportamientos previos de autoagresión que permitan proporcionar intervenciones oportunas y prevenir consecuencias trágicas. Además, la evaluación de heteroagresividad es clave porque los síntomas psicóticos, como delirios paranoides y alucinaciones de comando, pueden llevar a comportamientos violentos hacia otros. Esto garantiza la seguridad del paciente y de quienes lo rodean, especialmente en entornos hospitalarios y comunitarios.

Además, conocer el nivel de agresividad del paciente también ayuda a personalizar el plan de tratamiento, incluyendo la necesidad de hospitalización, el uso de medidas de contención y la implementación de terapias específicas para manejar la agresividad, mejorando significativamente el pronóstico de la persona. Así, evitamos, por ejemplo, que ocurra lo que pasó en un caso en el que ingresó un paciente con un diagnóstico de esquizofrenia en un hospital psiquiátrico debido a un episodio agudo de psicosis (caracteri-

zado por delirios paranoides y alucinaciones auditivas), en el que, durante su evaluación inicial, el equipo médico se centró en estabilizar los síntomas agudos pero no en realizar una evaluación exhaustiva del riesgo de auto y heteroagresividad (a pesar de que el paciente verbalizó tener pensamientos paranoides sobre el personal médico conspirando contra él). No se implementaron medidas de seguridad adicionales, como la supervisión constante o la restricción de acceso a objetos potencialmente peligrosos, y, por la noche, el paciente comenzó a experimentar alucinaciones auditivas intensas que le ordenaban que se defendiera contra los supuestos agresores. En estado de agitación extrema, atacó a un miembro del personal médico con un objeto contundente que había encontrado en su habitación, causándole heridas significativas y en un intento de escapar de las voces que le atormentaban, también se autolesionó gravemente cortándose con un cristal de un vaso roto.

