

PSICOPATOLOGIA II

BATAZ MORALES RODOLFO

SUPER NOTAS

ROCIO GONZALEZ JIMENEZ

**7 CUATRIMESTRE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
SEMIESCOLARIZADO**

TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS

OTRO DELIRIUM ESPECIFICO

DEIRIUM

- A. Una alteración de la atención.
- B. La alteración aparece en poco tiempo.
- C. Una alteración cognitiva adicional
- D. Las alteraciones de criterios A y C.
- E. En la anamnesis se obtienen datos indicando la alteración es una consecuencia fisiológica.



DELIRIUM POR ABSTINECIA DE SUSTANCIAS

CIE-9-MC Empieza con la sustancia específica que se supone que lo está provocando (alcohol). A diferencia del método de registro de la CIE-10-MC que combina en un código el delirium por abstinencia de un medicamento o sustancia con el trastorno por el consumo de sustancia.



- Diagnostico diferencial.
- Trastornos psicóticos y trastornos bipolares.
- Trastorno de estrés

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un delirium que provocan un malestar clínicamente significativo.

Delirium atenuado: este síndrome se aplica en los casos de delirium en que la gravedad del trastorno cognitivo se queda corto con respecto a lo que exige el diagnostico.



DELIRIUM NO ESPECIFICO

Esta categoría se aplica a los cuadros clínicos en los que predominan los síntomas característicos de un delirium que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes.



TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS MAYORES Y LEVES
TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR.
TRANSTORNO DE DEPRESION MAYOR

Criterios diagnósticos

- A . Evidencias de un declive cognitivo.
- B. los déficits cognitivos interfieren con la autonomía.
- c. los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.



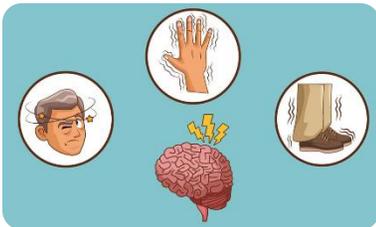
TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE INDUCIDO POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS



Criterios diagnósticos.

- A . se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El deterioro neurocognitivo.
- C. La sustancia o medicamento involucrados.
- D. El curso temporal de los déficits neurocognitivos.
- E. El transtorno neurocognitivo.

TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.



- Trastorno neurocognitivo leve.
- Transtorno de depresión mayor.
- trastorno especifico del aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo.
- trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Aizheimer

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS.

PICA

Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes.

Las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad y con la disponibilidad y podrían ser papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, chicles, etc.



BULIMIA NERVIOSA

Los individuos con bulimia nerviosa se sienten típicamente avergonzados de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo mas discretamente posible.

Trastorno de atracones

Síndrome de Klein-Levin.

Trastorno depresivo mayor.

Trastorno de la personalidad limite



TRANSTORNO DE RUMIACION

- A. Regurgitación repetida de alimentos.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una infección gastrointestinal.
- C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa.

La principal característica del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de los alimentos.



TRANSTORNO DE EVITACION/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

- 1. pérdida de peso significativa
 - 2. deficiencia nutricional significativa.
 - 3. dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos.
 - 4. interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- Trastorno de apego reactivo.
Trastorno del espectro autista
Fobia específica. Anorexia nerviosa



ANOREXIA NERVIOSA

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal.
- B. miedo intenso a ganar peso o a engordar.
- c. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso



TRASTORNO DE ATRACONES



Episodios de atracones

1. Comer mucho más rápido de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

Leve: 1-3 atracones a la semana
Moderado: 4-7 atracones a la sem.
Grave: 8-13 atracones a la sem.
Extremo: 14 o mas atracones a la semana.

OTRO TRANSTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente.

Algunos ejemplos:
Anorexia nerviosa atípica.
Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada)
Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada)
Trastorno de purgas.

Síndrome de ingesta nocturna de alimentos.
Causa malestar significativo o problemas de funcionamiento.



TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO.

Trastorno bipolar II

- A. se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco.
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco.
- c. la aparición del episodio hipomaniaco y de depresión mayor.

Los pacientes con trastorno bipolar I normalmente acuden al facultativo durante un episodio depresivo mayor y es poco probable que se quejen inicialmente de síntomas de hipomanía.

