

MATERIA: PSICOPATOLOGÍA II

RESUMEN DE PSICOPATOLOGÍA II

CATEDRÁTICO: LIC. ADRIANA ALEJANDRA MARTÍNEZ
RODRÍGUEZ

CARRERA: PSICOLOGÍA

ALUMNA: NORMA AGUSTIN GUZMAN

A 12 DE OCTUBRE DEL 2023
CÓRDOVA Y

TAPACHULA
ORDOÑEZ, CHIAPAS

SÍNDROME CONFUSIONAL.

El síndrome confusional agudo es un cuadro clínico que se caracteriza por un cambio agudo y fluctuante en el estado mental, con desatención y niveles de conciencia alterados por un periodo menor de 3 meses, aunque puede prolongarse mas tiempo. Su duración es variable, desde pocas horas hasta semanas o pocos meses.

Se caracteriza principalmente por una marcada alteración del nivel de conciencia y la capacidad atencional, conllevando otra serie de alteraciones cognitivas, del estado de ánimo, del sueño y de la conducta.

Los síntomas de este síndrome suelen aparecer de forma brusca y presentar fluctuaciones a lo largo del día, siendo de mayor intensidad durante la noche (síndrome vespertino). Su duración es muy variable, pudiendo prevalecer activo desde varios días hasta varias semanas o meses. La aparición de este síndrome es frecuente en personas de edad avanzada, particularmente en aquellas con deterioro cognitivo o demencia.

PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL SÍNDROME CONFUSIONAL.

- 1.- Nivel de conciencia.
- 2.- Alteraciones cognitivas.
- 3.- Alteraciones del estado de ánimo.
- 4.- Cambios conductuales.
- 5.- Alteraciones del sueño.

PRINCIPALES CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES.

Los mas relevantes son:

- Presencia de deterioro cognitivo.
- Alteraciones metabólicas.
- Alteraciones endocrinas.
- Infecciones.
- Padecer enfermedades neurológicas y vasculares.
- Dolor no controlado.
- Desnutrición.
- Efectos secundarios derivados de algunos fármacos.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL.

- Examen físico.
- Una exploración cognitiva, del estado de ánimo y conductual.
- Una revisión de la medicación de la persona afectada.
- Y la realización de analíticas y pruebas de imagen, según el caso.

El tratamiento se centrará en las causas desencadenantes que se hayan identificado, controlar la sintomatología y asegurar los cuidados básicos (alimentación, aseo...) que requiere la persona afectada hasta que el síndrome remita.

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO DEBIDO ALZHEIMER.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno del cerebro que empeora con el tiempo. Se caracteriza por cambios en el cerebro que derivan en depósitos de ciertas proteínas. La enfermedad de Alzheimer hace que el cerebro se encoja y que las neuronas cerebrales, a la larga, mueran.

Esta enfermedad es 2 veces más frecuente entre las mujeres que en los hombres, en parte porque éstas tienen una expectativa de vida mayor. Se espera que la prevalencia en los países industrializados aumente a medida que la proporción en los ancianos también lo hace.

La **primera manifestación más común** de la enfermedad de Alzheimer es

- Pérdida de memoria a corto plazo (p. ej., haciendo preguntas repetitivas, con frecuencia extravían objetos u olvidan citas)

Otros déficits cognitivos tienden a afectar múltiples funciones, como por ejemplo las siguientes:

- Deterioro del razonamiento, dificultades para el manejo de tareas complejas y falta de criterio (p. ej., ser incapaz de gestionar la cuenta bancaria, mal manejo de las decisiones financieras)
- Disfunción del lenguaje (p. ej., dificultad para pensar en palabras comunes, errores al hablar y/o escribir)
- Disfunción visuoespacial (p. ej., incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes)

La enfermedad de Alzheimer progresa gradualmente, pero puede mantenerse estable durante ciertos períodos.

DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

- Similar al de otras demencias
- Examen formal del estado mental
- Anamnesis y examen físico
- Pruebas de laboratorio
- Estudios por imágenes neurológicas

En general, el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer es similar al diagnóstico de otras demencias Sin embargo, a pesar de las características específicas en el examen clínico y en las pruebas de laboratorio y en los estudios de diagnóstico por imágenes, el diagnóstico definitivo de la enfermedad de Alzheimer solo puede confirmarse mediante la evaluación histológica del tejido encefálico.

Los criterios diagnósticos tradicionales para la enfermedad de Alzheimer incluyen todos los siguientes:

- Demencia clínicamente establecida y documentada mediante un examen formal del estado mental
- Déficits en ≥ 2 áreas de la cognición
- Inicio gradual (es decir, en meses a años, en lugar de en semanas o meses) y empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas
- Sin trastornos de la consciencia
- Inicio después de la edad de 40 años, generalmente después de los 65
- No hay trastornos sistémicos ni encefálicos (p. ej., tumor, accidente cerebrovascular) que puedan explicar los déficits progresivos en la memoria y la cognición

Sin embargo, las desviaciones de estos criterios no excluyen un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, sobre todo porque los pacientes pueden tener una demencia de tipo mixta.

- Medidas de seguridad y sintomáticas
- Posiblemente, inhibidores de la colinesterasa y memantina.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Las medidas sintomáticas y de seguridad para la enfermedad de Alzheimer son las mismas que las de todas las demencias. Por ejemplo, el medio ambiente debe ser brillante, alegre, y familiar, y debe ser diseñado para reforzar la orientación (p. ej., colocación de grandes relojes y calendarios en la habitación). Deben implementarse medidas para garantizar la seguridad del paciente (p. ej., sistemas de monitorización de la señal para los pacientes que deambulan).

También es importante la ayuda para los cuidadores, que pueden experimentar estrés significativo. Las enfermeras y los asistentes sociales pueden enseñarles a los cuidadores el mejor modo de cubrir las necesidades del paciente. El personal de asistencia de la salud debe vigilar los síntomas incipientes de estrés y agotamiento del cuidador y, cuando sea necesario, sugerir servicios de apoyo.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMITE.

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta

y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

La intensidad y la variabilidad de sus afectos y de su estado de ánimo es uno de los rasgos principales, pudiendo tener un período de normalidad, para pasar en poco tiempo a sentirse deprimidas, irritables o tremendamente activas. Estos cambios no tienen que ir asociados a variaciones en su ambiente exterior, sino que pueden aparecer sin motivos aparentes. Estas oscilaciones de su humor y de su equilibrio emocional son tan intensas que afectan a todas las parcelas su vida.

Presentan también cierta incapacidad para controlar los impulsos. Esto se puede manifestar a través de atracones de comida, de gastos o compras innecesarias, de juegos de azar, de abuso de sustancias o de conducción temeraria. Tienen comportamientos autodestructivos simples, como autolesiones, cortes, quemaduras y golpes. Pero el más destacado y grave es el comportamiento suicida.

Cuando no consiguen algo en lo que tienen interés pueden llevar a cabo amenazas o intentos de suicidio. Estas amenazas hay que considerarlas, porque frecuentemente llevan a cabo el intento en momentos de gran inestabilidad y de fluctuación, lo que supone un peligro real.

Tienden a abandonar las metas en el momento en el que están a punto de conseguirlas; un ejemplo sería abandonar el curso escolar en los exámenes finales. Presentan una importante intolerancia al abandono, que llega al extremo de considerar una separación

transitoria, por ejemplo, un viaje de su terapeuta, como un gran abandono que les lleva a sentir un pánico intenso del que les cuesta salir.

Las relaciones que establecen son muy intensas e inestables, oscilando entre la dependencia, la superficialidad y la manipulación. Cambian súbita y drásticamente de actitud hacia las personas, pasando de ensalzar las cualidades de alguien a su más completa desvalorización. La dependencia que establecen y los vaivenes en su estado de ánimo les lleva a tener demandas muy exigentes con las personas cercanas. El sentimiento que producen en los demás es que se trata de una actitud y un comportamiento caprichoso ante la vida.

Por ello, suscitan en sus allegados reacciones confusas y conflictivas: les cuesta comprenderlos y acaban hartos de sus manipulaciones y exigencias. Se crea de esta forma un círculo vicioso, en el que la familia reacciona desesperándose y la persona aumenta sus exigencias y se siente incomprendida.

Pueden llegar a tener episodios psicóticos breves, tales como alucinaciones. Este síntoma predispone a requerir hospitalización en muchas ocasiones, por lo que es habitual en centros psiquiátricos. Es considerado uno de los trastornos de personalidad más común, siendo las mujeres las que mayor riesgo presentan.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE.

La característica fundamental es la falta de confianza en sí mismos, teniendo una gran necesidad de apoyo y de estima de los demás. Necesitan el aliento, el respaldo y el consejo de sus seres más cercanos en las decisiones diarias.

Procuran no contraer responsabilidades adultas, prefiriendo que sean los demás quienes decidan y tomen las responsabilidades. Siempre quedan por delante las necesidades de los demás antes que las propias. Así, son personas cálidas, agradables, que evitan las tensiones y los conflictos con los demás.

Este hecho puede ser peligroso para ellos, ya que les puede llevar a exponerse a tareas desagradables con tal de sentir el apoyo de los demás.

Sienten un gran temor al abandono o al rechazo emocional de las personas cercanas, de las que dependen emocionalmente, y cualquier supuesto alejamiento les supone una gran intranquilidad.

Es frecuente que cuando termina una relación importante busquen inmediatamente otra para conseguir el apoyo y el cuidado que necesitan.

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.

2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo.)
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

FROTEURISMO.

Supone el disfrute con el roce y el contacto con una persona en contra de su voluntad. El sujeto, habitualmente varón, suele apretar sus genitales contra las nalgas de su víctima o trata de rozar los pechos o los genitales de su víctima.

Habitualmente esto ocurre en lugares concurridos y públicos, como el autobús o el metro en horas punta.

Esto puede hacer a la víctima confundir el suceso en el momento inicial con algo casual o como consecuencia de la muchedumbre. Sin embargo, la diferencia pronto queda establecida, y en cuanto el sujeto piensa que va a ser delatado trata de desaparecer del lugar.

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de los tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA.

A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.

B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante, y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada. Nota: En los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.

E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).