

Unidad 2. Procesos psicológico a explorar. Evaluación intervención.

No es la enfermedad sino el ser humano el que necesita ayuda. Como médico, no me preocupa la enfermedad tanto como el ser humano.”

Si la persona está sufriendo, sabemos que lo está pasando mal, pero hay que ponerle nombre. Por lo tanto, hay que explorar los síntomas, los procesos psicologicos...

¿Que es una conducta anormal? ¿Cuándo podemos decir que hay trastorno? (Porque no siempre que hay sufrimiento hay trastorno)

A veces un conjunto de síntomas nos puede hablar sobre de un trastorno. Hay que ver que hay varios síntomas juntos para decir que tiene un trastorno.

1. PSICOPATOLOGÍA DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS

1.1. Aspecto externo, actitud, acompañamiento

•Aspecto: Indumentaria, aseo, gestual, actividad motora (alteraciones: discapacidad, exageración, teatralidad)

El aspecto externo dice mucho de cada persona, pero hay que preguntar. Por ejemplo, si lleva un calcetín de cada color puede ser que sea despistado o también por una demencia.. entonces le preguntamos porque lleva un calcetin de cada color. Los gestos también hablan sobre su actitud. La persona es capaz de ir minimamente con un aspecto higienico? Es decir, es capaz de cuidarse?

•Actitud: Colaboración, confianza, recelo indiferencia, pasividad, agresividad...

Una persona que esta comn una desconfianza enorme, puede ser que quiera ocultar algo o que tenga un atrastorno que le haga pensar que el entrevistador sea su enemigo. Por lo tanto, en los informes se adjunta si la personalidad de la persona es pasiva, agresiva... en la entrevista.

•Acompañamiento (vínculos, dependencia, red apoyo?)

Se observa si la persona viene acompaña o no, eso demuestra cuanto depende de otras, por ejemplo, si utiliza baston y es capaz de orientarse sola.

1.2. Orientación

Para ver si hay demencia, problema en el desarrollo... se preguntan muchas cosas de orientacion, como sabe porque esta aqui, donde esta... para ver el nivel de conciencia y orientacion que tiene la persona.

-Desorientación: Noción, percepción y reacción ante la realidad interna y contextual.

1.3. Conciencia: Comprensión de la realidad

Es muy imortante para el tema de la intervencion. Puesto que es más facil intervenir si la persona es consciente o no. Si no es consciente puede rechazar la intervencion.

-No conciencia de anomalía o problema: Puede ir desde no darse cuenta de algunos aspectos, hasta no ser consciente de nada (mas gravedad).

-Exceso de conciencia (hipervigilia: claridad máxima, excitación, alta energía), o déficit de conciencia (Somnolencia, obnubilación, sopor, coma). Este también es un gran problema. Quiere decir que es una persona que aletara de todo, hay un ruido ahí, hay noseke... Tampoco es normal que este pendiente de todo mientras hace ñla entrevista. Cuando hablas con alguien te das cuenta enseguida de que esta pendiente de otras cosas.

-Estado anómalo de conciencia: estado crepuscular (es un estrechamiento de conciencia por embriaguez, epilepsia, ansiedad, emociones intensas...), estupor (que no reaccionas, no tienes capacidad de reaccionar) (no reactividad a E, excepto a E intensos), delirium (es un estado en la que hay una ruptura con la realidad y la persona no responde a distintos estímulos; la persona tiene pérdida de realidad, puede tener alucinaciones) (ruptura realidad, ensimismamiento total).

Conciencia corporal

-Anosognosia: Incapacidad de reconocer que una parte del cuerpo esta dañada. (Esto es muy raro. Por ejemplo, como un mecanismo de negación, de algo que no quiero ver. Ocurre cuando una persona le sale un bulto, un tumor, que la gente se asusta y no piensa en ello, y niega que lo tiene) (El ejemplo del hombre con un tumor terminal). (Otro ejemplo, chica que no sabia que estaba embarazada). Mecanismo de negación fuerte, que hace que la persona sea inconsciente.

-Miembro fantasma: Se siente a pesar de haber desaparecido. (es un miembro que ha desaparecido pero se sigue sintiendo; porque hay una huella neuronal de unas sensaciones reales)

-Asomatognosia: Incapacidad de reconocer, diferenciar e integrar las diferentes partes del cuerpo. psicosis

-Agnosias: Incapacidad para reconocer objetos, personas y estímulos por imposibilidad de transformar sensaciones en percepciones (categorizar) (En que casos? Esto es muy típicos, por ejemplo en el caso de alzheimer; por un traumatismo, demencias en general...)(Ves algo y se te hace familiar pero no sabes ponerle nombre)

1.4. Atención, percepción, imaginación

Atención (actitud de recibir E): -Inatención, -déficit, -distraibilidad, -hipervigilancia.

(Punto importante) Percepción: (da certeza de realidad, la persona no es mera receptora de E, sino que, selecciona, clasifica e interpreta).

Hay que diferenciar distorsión y alucinación. La distorsión es cuando ves a un hombre con pelo largo de espaldas y piensas que es mujer, pero no lo es; distorsión de la realidad, lo ves diferente. La alucinación es cuando no hay un estímulo real, estamos percibiendo algo que no es real.

-Distorsiones perceptivas: Basadas en E reales, causadas por la interacción defectuosa entre las características del estímulo, las del contexto y las del receptor. Suelen involucrar a todos los E percibidos por el órgano sensorial afectado (por ejemplo cataratas).

•Hiperestésias versus hipoestésias: (percibir con mayor o menos intensidad que normalmente) anomalías en percepción de la intensidad (sonido, luz, olfato...) Por ejemplo, cuando estas con gripe cualquier sonido te molesta de más; o cuando dices que apaguen una luz que te parece muy fuerte... Esto se encuentra mucho en informes médicos.

•Hiperalgesias versus hipoalgesias: anomalías en la percepción del dolor (anestésias, analgesias...ej: fibromialgia. Sentir mucho dolor, problema del sistema nervioso central.) O al revés, hipoalgesias, te puedes estar quemando y no te das cuenta porque no sientes el dolor, esto es un problema para la supervivencia porque el dolor nos avisa. Ejemplo de la manta eléctrica de Leila, que se quemó hasta con ampollas y no se dio cuenta hasta que se despertó.

•Anomalías en la percepción de la cualidad (ejemplo: colores. Por fármacos, drogas...). Anorexia...

Metamorfopsias: anomalías en la percepción del tamaño y/o la forma (corporal: trastorno dismórfico corp.).

Anomalías en la integración perceptiva: aglutinación y sinestesia versus escisión (trast. Psicóticos, lesiones).

Ilusiones: sentido de presencia y pareidolias (un estímulo vago es percibido como algo reconocible. Ej: "el ratón de Guetaria")

-Engaños perceptivos /alucinaciones: No provienen de E (ESTIMULOS) reales. Pueden convivir con percepciones normales, y se perciben como reales. Pueden ser de todos los tipos sensoriales (Tipos de alucinación: auditivo (que escucha voces), visual(ve algo que no es real), kinestésico (algo corporal, que te desplazas... sentir que algo me ha tocado; como si tuviese mucho calor pero en realidad tengo la pierna fría), olfativo, gustativo...). En trastornos psicóticos, delirium tremens, consumo de drogas, etc.).

Imaginación: (acto de representar los objetos que ya se han percibido con anterioridad, pierde exactitud). - Imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas

1.5. Memoria

+Amnesias: (falta de memoria) Incapacidad de almacenar o recuperar memoria. Puede ser Causa orgánica (golpe, un traumatismo) o psicógena (trauma).

Tres tipos de amnesia:

-Anterógrada: De los sucesos posteriores a la lesión o demencia. (A partir de una lesión no puedo almacenar memoria, me acuerdo de lo de antes pero no de lo de ahora. No me acuerdo de ayer pero sí de hace años)

-Retrógrada: Sucesos anteriores a la lesión. (No te acuerdas de lo anterior, solo lo reciente)

-Lagunar: De un periodo concreto anterior. Típica en traumas. (Te acuerdas a ratos de cosas y de otras no, en plan como de farra)

+Hipermnesias: recuerdo exagerado. (Recordad mucho, es raro, pero pasa en tema de trauma y drogadicción) (Alguien con un trauma puede revivirlo y las sensaciones también).

-Ideativa: en fenómenos obsesivos

-Afectivas: fenómenos importantes

- Visiones panorámicas de la propia existencia o libro de vida
- Flash back: revivir sucesos, visiones de lo vivido. Efecto secundario de traumas y drogas. (Alucinaciones que se han tenido, o algo que ha sucedido bajo efecto de droga, cuando se pasa el efecto de la droga, vuelve a tener la misma alucinación que tuvo cuando estaba bajo los efectos del alcohol).

+Paramnesias: Distorsiones o falsificaciones de la memoria cualitativas. (distorsión de la memoria, hay memoria pero no son tal cual los hechos reales)

-Amnesias: En función del estado afectivo. Ej: Como se recuerda la agresión de una persona querida o de una extraña.

-Del reconocimiento:

-Reduplicativas (creencia de que un lugar o escenario ha sido duplicado, existiendo en dos o más espacios simultáneamente, o bien de que ha sido "reubicado" en otro lugar). Típica en trastornos psicóticos o por consumo de drogas. (Piensa que está viviendo dos realidades al mismo tiempo)

-Falsos reconocimientos, y déjà vu (sentir que algo ya se ha vivido). Bastante normal. (Se reconoce como si se hubiese vivido, pero es una ilusión).

-Confabulación (establecer relaciones falsas, historias inverosímiles). Típica en trastornos psicóticos. Por ejemplo, cuando alguien te cuenta una historia fantástica, que tienes dudas si es real o es confabulación, es decir, que no es real. Muy difícil de detectar, porque mete elementos que son reales y otros irreales, entonces no se sabe que es real y que irreal. Es difícil saber si está mintiendo o no.

-Criptomnesia (se recuerda algo pero no se siente como algo vivido). Traumas. (Cuando has vivido algo, pero al recordar como si no te hubiese pasado)

-Agnosias (no reconocer E previamente aprendidos), Lesiones, demencias.

-Mitomanía (mentir compulsivamente, y más o menos conscientemente para distorsionar la realidad y vivir en un plano paralelo que se da por verdadero. Gente que miente compulsivamente. En principio, es una distorsión de la realidad. (Emplan que ligo y así jaja o que la jani no folla) La mitomanía podría ver también con traumas, pero los psicopatas tienen que ver con la personalidad.

1.6. Inteligencia (ez da sartzen inteligencia)

Trastorno de la inspiración: creatividad, nuevas ideas, recursos, motivación.... Afecta a la vida profesional, o la resolución de conflictos. (Cuando una persona no puede ser nada creativa tal o la... Según se profesiotan alda arazoat izan, baño bestela sinmas...Sería un trastorno si se lleva a un grado muy extremo)

Trastorno de la capacidad:

(Suelen tener un inicio precoz, en la infancia se le denomina retraso mental, tal y como viene en los manuales) -Inicio precoz: Retraso mental. CI < 70

(Puede aparecer también a partir de una edad, con un inicio tardío, es decir, una demencia)

-Inicio tardío: Demencia

Es un trastorno en la manera que me va a limitar adaptarme a mi entorno, hay personas a las que el retraso no les causa problemas en su día a día y a otros sí. Pero como una buena estimulación, pueden ser personas muy adaptadas, además de tener en cuenta de que no se mide la inteligencia en las capacidades cognitivas vaya.

HONORARTE.

1.7. Pensamiento

Es fácil saber si hay un problema de pensamiento? No porque no podemos leer el pensamiento. Entonces, lo sabremos a través de la comunicación verbal y no verbal, pero no será fácil.

Flujo o curso del pensamiento: Velocidad de la comunicación

-Taquipsiquia: Pensamiento acelerado

-Bradipsiquia: Lento

-Bloqueo

Forma

-Fuga de ideas: flujo incesante de asociaciones, de modo tal que el pensamiento cambia de tema de manera constante y sin motivo, o salta a otro contenido ante cualquier estímulo externo, sin importar su relevancia, disgregado, incoherente. Normalmente, si estamos hablando de x seguimos hablando de eso, pero sin embargo, a los que tienen fuga de ideas, no siguen una línea de tema. Es un síntoma bastante llamativo y suele aparecer muchas veces en brotes psicóticos, porque la mente no filtra y no se concentra en una cosa. Estos síntomas se llaman también síntomas positivos y floridos (en la psicosis hay síntomas floridos, esos que son muy llamativos, actitud agitada, suceden muchas cosas...) Por lo tanto, es un síntoma positivo típico en los brotes psicóticos.

-Pensamiento circunstancial: detallista e ineficiente, cansino, dando vueltas sin llegar al objetivo final. Son personas que empiezan a hablar de una cosa con un montón de detalles pero no llegan a nada, y al final no cuenta nada.

-Tangencial: salir por otro lado, cambiar el tema de conversación, no llegar al objetivo final, incapacidad para la asociación de pensamientos dirigidos a un objetivo. Falta de relación entre la pregunta y la respuesta. El pensamiento tangencial es también cambiar de tema radicalmente, en estos casos, cuando es un problema de pensamiento, se supone que no es intencional. Por ejemplo, a veces las personas con esquizofrenia cambian de tema a veces sin intención. Aun así, eso no quiere decir que a veces no cambien de tema sin querer, a veces cuando no quieren hablar de verdad sobre algo, lo hacen intencionalmente.

-Perseveración: escasez y repetición de ideas, bucle, rigidez. Es como dar vueltas a la misma cosa una y otra vez, en bucle. Por ejemplo, un paciente te dice, aber que vais a hacer hoy, y luego te pregunta otra vez, y otra vez... O te vuelven a decir una y otra vez lo mismo, quiero hacer esto, y quiero hacerlo y ...

-Alogia: pensamientos vacíos, lentos, rígidos. Pobreza del lenguaje: respuestas breves, poco fluidas, vagas, monosílabos. Psicosis, demencias... Es el pensamiento vacío, la pobreza del pensamiento. Sería lo contrario de la fuga de ideas, puesto que en ella hay muchas ideas y habla asako. Aquí en ambio, no sabe, no le salen las palabras.

Contenidos

-Rumiaciones-obsesión : p. repetitivo, darle muchas vueltas a algo, hasta la obsesión (cobra mucha importancia). Conciencia de irracionalidad. Rumiar algo es estar pensando en algo todo el rato, no dejar de pensar en algo.

-Delirios : (antes denominados paranoias) pensamientos imaginarios sin conciencia de realidad, o realidad distorsionada. En el delirio no hay elementos nada reales, están viendo como irreales. Todo muy disparatado.

-Ideas suicidas: pensamientos de muerte o dejar de sufrir. En depresiones graves con síntomas psicóticos “no hay salida”, cuando realmente la hay. Se considera que cuando hay ideas suicidas hay un problema en el pensamiento, porque percibe algo muy muy grave y no ve salida. En muchos casos, sin embargo, si hay salida, y no están siendo realistas. Como no están siendo realistas, hay un trastorno, un problema de personalidad. Entonces, muchas veces el pensamiento es erróneo. En otros casos, al decir, una persona que no tiene salida (un parálisis, no va a conseguir mover), no tiene un trastorno, no es un pensamiento irreal.

-Sobrevaloradas: Son creencias socialmente aceptadas en cuanto a su contenido (por ejemplo, creer en un dios) pero anómalas por la importancia e intensidad con la que se mantienen, sobrepasando los límites de la razón (asesinatos por religión, sectas). Se dejan en segundo plano todo lo demás. Las ideas sobrevaloradas están detrás de una patología muchas veces. Por ejemplo, la idea sobrevalorada de delgadez, de no tener nada de grasa suelen ser la base de los trastornos alimentarios. Otro ejemplo, ideas sobrevaloradas religiosas pueden llevar a conductas patológicas,

-Fobias: temores irracionales que generan marcada angustia y limitan aspectos de la vida cotidiana, obligan al individuo a evitar o desplazar ciertos objetos o situaciones. Significa que hay un miedo, en gran parte irreal. Porque mi fobia es a las aañas porque pines que me van a pero eso no es real, no es razonable. El miedo, sin embargo, es real, y racional; emplan tengo miedo y no lo voy a hacer.

-Pensamiento mágico: pensar y razonar, basada en supuestos informales, erróneos o no justificados y, frecuentemente, sobrenaturales, carentes de fundamentación empírica. Ej: Supersticiones, adivinación...

1.7. Lenguaje:

Trastornos orgánicos

-Afasia: Pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje (habla, escritura o mímica), debido a lesiones en áreas cerebrales. Adb. Dame el peine, y yo: uf peine peine ke eera eso. Personas que no pueden poner nombres a las cosas. Como si de repente no supiera el idioma...

-Disartria: Dificultad para articular sonidos y palabras causada por una parálisis nerviosa que afecta al aparato fonético. Parálisis cerebral. Dificil emitir pabalaras y sonidos y entenderle

-Disfonía: Todo trastorno de la voz en el que se altera la calidad de ésta en cualquier grado exceptuando el total, en cuyo caso se denomina afonía.

-Dislalia: Dificultad de articular las palabras y que es debido a malformaciones o defectos en los órganos que intervienen en el habla (rotacismo: no poder pronunciar la "r"). Es una fidicutlad del lenguaje pero muy comun, cuando nos cuesta pronunciar una pabalra o asi, por ejemplo el rotacismo, que son los erremerrres.

-Tartamudez/disfemia:frecuente repetición o prolongación de los sonidos, sílabas o palabras, o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla

Trastornos funcionales

-Mutismo: Silencio voluntario, psicológico o impuesto físicamente.

-Taquifasia: Habla con excesiva rapidez, con omisión letras y sílabas al hablar. La persona que escucha no comprende la totalidad del mensaje. Personalidad acelerada.

-Bradifasia: Enlentecimiento de la dicción. Ocurre en los trastornos del humor (depresión), esquizofrenias.

-Musitación: Hablar en voz baja, sin mover labios. Se observa en la demencia precoz y, a menudo, va asociada con alucinaciones en delirios crónicos.

-Estereotipia=ecolalia: Repetición de palabras o frases escuchadas sin una intención (como un eco). En niños pequeños es normal. Quedarse diciendo una palabra tpofo el rato,

-Alogia: ausencia o disminución del lenguaje espontáneo, una pobreza de su contenido, bloqueos, aumento de la latencia de la respuesta. Se ha considerado como un síntoma negativo de la esquizofrenia

-Fragmentación: Lenguaje entrecortado, supresión de pronombres y conjunciones, con paradas, incoherente. Lenguaje "indio". Psicosis, lesiones, demencias...

-Lenguaje enfático: Forma de hablar exagerada, pomposa y adornada, teatral, que suele presentarse en trastornos esquizofrénicos. Ej: Don Quijote

-Aprosodia: Trastorno neurológico que genera incapacidad a la hora de comprender y/o producir cambios en la tonalidad de la voz, el ritmo o la entonación, transmitir emociones. Es monótono y frío. Suele darse en personas que sufren autismo.

-Alexitimia: Incapacidad para sentir y poner nombre a nuestras emociones. Se asocia a trastornos de personalidad, antisociales....Personas que no saben poner nombre a sus emociones.

1.8. Afectividad: TODAS ENTRAN

-Afectividad inapropiada: fuera de lugar. Psicosis, trastorno límite.

-Embotamiento afectivo: Ausencia de emociones. Psicosis, efecto de fármacos, antisocial.

-Aplanamiento afectivo: No se expresan las emociones. Depresión.

-Labilidad afectiva: Cambios afectivos recurrentes

-Irritable: Cambios hacia estados negativos, de nerviosismo, enfado...

-Incontinencia afectiva

-Apatía: Falta de interés y motivación por el mundo externo, actividades, etc.

-Ambivalencia: Dos o mas emociones, pensamiento o conductas opuestas.

-Viscosidad: Exceso de afectividad y su expresión. "Empalagoso, pegajoso".

-Eutímico: Estado de ausencia de emociones positivo, de bienestar calma

-Eufórico: Exteriorización de optimismo, alegría, muy intensos

-Anhedonia: Incapacidad de sentir placer, disfrutar de las cosas.

1.9. Psicomotricidad

-Hiperactividad: movimientos incesantes sin un objetivo. Trastornos de ansiedad.

-Temblor: Movimientos oscilatorios regulares, involuntarios y rítmicos, locales o generalizados a todo el cuerpo. Parkinson, ansiedad, pánico...

-Agitación motora: Mas o menos intencional, potencial agresividad, en estados de intensidad emocional, a veces dirigida al ataque o la huida.

-Convulsiones: Movimientos bruscos, espasmódicos, con pérdida de conciencia. Epilepsia, psicosis, ansiedad, delirium tremens...

-Acatasia: "síndrome de piernas inquietas", incapacidad de estar quieto/a, con sensación subjetiva de intranquilidad, suele ser efecto de fármacos antidepresivos y antipsicóticos.

-Inhibición motora/acinesia: Inverso al anterior. Falta de energía para ponerse en movimiento. Depresión, esquizofrenia...

-Estupor: limitación de las funciones de relación: mutismo y acinesia (habla y movimiento), falta de conciencia. Esquizofrenia, drogadicciones, demencias....

-Catatonía: Inmovilidad, y rigidez total. Psicosis

-Estereotipias: Repetición reiterada e innecesaria de un acto a nivel facial o corporal. Autismo, t.obsesivos.

-Manierismos: Movimientos que aumentan la expresividad de los gestos exageradamente, extravagantes. Esquizofrenia.

-Tics: Movimientos rápidos, espasmódicos, normalmente en la cara, cuello y cabeza, aparentemente sin sentido. Se agravan con el estrés, disminuyen con la distracción y

desaparecen durante el sueño. Se puede ejercer cierto control en el tiempo de aparición, pero no evitar.

1.10. Instintos: Sueño, nutrición, sexualidad y agresividad

-Hipersomnias: exceso de sueño. Encefalitis, tumores, depresión, traumas....

Narcolepsia: Necesidad de dormir súbita y de corta duración que aparece en intervalos cortos. Riesgo, discapacidad. Incluye catalepsia (pérdida de tensión muscular. La persona se cae) y parálisis de sueño (despertarse pero no poder mover el cuerpo) y alucinaciones hipnagógicas (sueños sentidos como reales).

-Parasomnias: trastornos que ocurren durante el sueño

Sonambulismo: acto no consciente de deambular durante el sueño.

Terros nocturnos: típico en la infancia, se interrumpe el sueño en un estado de pánico, el niño suele estar confuso e incoherente, y vuelve a reanudar el sueño, al día siguiente no se suele recordar.

Enuresis: micción involuntaria e inconsciente durante el sueño, sin que exista una lesión orgánica urinaria. Primaria (nunca han dejado de hacerse pis), secund.

-Insomnio: Dificultad de conciliar o mantener el sueño, despertar precoz, sueño no reparador

Por causas orgánicas o psicológicas.

1.10. Instintos: Nutrición y sed

Nutrición:

-Cuantitativas:

Anorexia: dejar de comer con o sin atracones

Bulimia: atracones con purgas

Atracones: atracones sin purgas

-Cualitativas: Déficits intelectuales, neurosis, psicosis regresivas

Pica: Sustancias extrañas (ej: barro)

Coprofagia: Heces

Mericismo/regurgitación: Devolver el alimento del estómago y volver a digerirlo.

Escrúpulos (en la hipocondría)

Sitiofobia: miedo a alimentarse (ej: a atragantarse, contaminarse...)

Sed:

-Potomanía: necesidad de beber en grandes cantidades, por placer.

-Dipsomanía: = pero base orgánica (ej: insuficiencia renal)

1.10. Instintos: Sexualidad

Disfunción sexual no orgánica: Eyaculación precoz, Impotencia (hombre no puede llegar al coito), anorgasmia (mujer), Frigidez (falta de deseo y placer sexual en hombre o mujer), anorgasmia, Ninfomanía(Exceso de instinto o deseo sexual en hombre y mujer??).

Trastornos de la identidad sexual

-Transexualismo: convicción de pertenecer al sexo contrario de su biología.

Trastornos de la orientación o inclinación sexual

- Masturbación: Cuando es la única forma de deseo sexual
- Narcisismo: Placer autocontemplándose y auto-acariciándose
- Travestismo: Necesidad, excitación de aparentar el sexo contrario, no tiene porque haber homosexualidad. +Hombres.

Parafilias: Trastorno del objeto de deseo sexual

- Fetichismo: Deseo sexual hacia objetos
- Voyeurismo: Excitación observando de forma oculta personas desnudas o que mantienen relaciones sexuales.
- Paidofilia: Niños/as
- Froteurismo: Frotarse, rozarse
- Sadomasoquismo: Deseo sexual o excitación infringiendo o sintiendo dolor
- Zoofilia: Deseo o excitación con animales. (Por inseguridad, necesidad. Ej: pastores)
- Exhibicionismo: Excitación mostrando los miembros sexuales.

Trastornos de la conducta sexual

- Sexualidad (Homosexualidad): promiscua (deseo de sexo desvinculado de relación), contenida (reprimida), vinculada (es sana).
- Necrofilia: Sexo con personas muertas

1.10. Instintos: Agresividad

Primero acabe hablar de que la agresividad es innata, tenemos una predisposición. La predisposición significa que todos nacemos con la agresividad, que es un mecanismo de supervivencia. Luego depende de la educación, el contexto, la regulación y manifestación de la agresividad será diferente.

Deseo de hacer daño a uno/a mismo/a o a otras personas.

Factores de mantenimiento, los que hacen que hacen que la agresividad continúe o se reduzca:

1. Potencial agresivo del ser humano (personalidad, biología)
2. Autocontrol (patología)
3. Contexto de mantenimiento (aprendizaje, legitimización, beneficios). (Si en tu casa hay agresividad por ejemplo).

Donde aparece la agresividad: pues en trastornos psicóticos (conciencia limitada), psicopáticos (con motivación, normalmente por frustración e imposición de normas), epilepsia, trastornos orgánicos, deficiencia mental (los tres últimos sin motivación), consumo sustancias y trastorno límite (imposibilidad de autocontrol).

Conductas agresivas, ejemplos:

-Autolesiones: agresividad hacia un@ mism@, suele haber baja autoestima y sentimiento de culpa. Sentimiento de rabia y culpa unido. Suele aparecer en perfiles de baja autoestima, ansiedad, que han sufrido bullying o maltrato y se maltratan así mismas (en vez de rabiarte)

con los demás, se reprime hacia dentro). Responsabilización. Lo más común cortes en personas que tienen conciencia, en personas sin conciencia es más común que se den golpes.

-Mutilaciones: Suele tener un carácter simbólico.

-Conductas suicidas: (también se llama conducta autolítica-autolisis-autodestrucción): Hay que diferenciar el suicidio del pseudosucidio.

Suicidio consumado (con o sin deseo expreso),frustrado.

Intento de suicidio (deseo ambigüo, mucho riesgo, pero no se a conseguido).

Pseudosuicidio (no intencionalidad, lesiones leves, se asegura el no provocarse la muerte, el objetivo es el chantaje). (Si sigo así no quiero vivir) Realmente no quiere suicidarse en el momento, es como una llamada de atención. Sin embargo, a veces esa llamada de atención acaba en muerte. (Por ejemplo, se toma unas pastillas o sen hace algun corte, pero es consciente de que no va a morir)

Hay gente que avisa, y otras que no. Normalmente el que lo tiene muy claro no avisa. Otras, quieren despedirse de la gente y por ello, tienen unas conductas, de despedida (por ejemplo, la chica de bilbao, se fue a darle la gracias a la profe que le escuchaba, luego noseke...). Por eso, hay que prestar mucha atención a eso. Cuando se huele algo, hay que intervenir y actuar rápido. Activar siempre protocolo.

Por ejemplo, el chico de la upv se suicidó 15 días después de que su ama se suicidará. Ahi hay que hacer intervención en crisis, porque esta en una situación super vulnerable. En ese momento el chico, se queria morir, le pasaría algo más que empeorará la situación y se mató... Hay que estar súper pendiente.

Además hay gente que muchas veces dice que se va a suicidar y luego nada, pero aún así aunque siempre lo diga, hay que hacerle caso y tomar precaución. Porque puede que en uno de esas que lo dice sea verdad o pase.

2. EVALUACIÓN CLÍNICA

2.1. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN

Terminos que se deben conocer y diferenciar.

1. Conciencia de anomalía. Dos grandes grupos: psicosis y neurosis.

-PSICOSIS: (A nivel de conciencia, hay una ruptura con la realidad y el entorno y poca conciencia. Pj. Veo elefantes volando. No es consciente que tiene problema) No conecta con realidad, no conciencia de problema. Egodistonía. Suele ser crónico.

-NEUROSIS: (Todos los trastornos donde hay contacto con la realidad y conciencia del problema; y un gran sufrimiento. No se adapta a la realidad. Conciencia de problema, hay sufrimiento. Egosintonía. Trastornos clínicos. Suelen ser transitorios.

-Los trastornos de personalidad tienen sus propias características, son crónicos y nos impiden adaptarnos bien a la realidad, nos alejan de la "normalidad", pero no hay ruptura con la realidad como en la psicosis.)

DIFERENCIAR:

-Trastorno de la personalidad: es un trastorno que es crónico, se aprende a vivir con él, el problema no desaparece. Entonces, tiene en común con la psicosis porque la psicosis es crónica. Pero no hay ruptura de realidad.

El trastorno de personalidad no se diagnostica casi hasta los 18, después de la adolescencia. Se distingue de los demás trastornos clínicos por tanto, por la duración. Además un trastorno de neurosis aparece de repente, pero el de personalidad no, hay desde siempre.

Por tanto, los trastornos de personalidad y las psicosis son los más graves.

Son más recuperables las neurosis que las psicosis.

Un problema neurótico grave puede convertirse en psicótico, pero al revés no. Aún así, no es tendente que los problemas neuróticos se conviertan en psicóticos.

2. Función afectada y contenido

-Distinguir la función psíquica afectada (conductual, cognitiva, emocional...) del contenido temático de la alteración.

Ejemplo: Una persona oye voces que le critican y otra persona cree que cuando sus compañeros hablan le están criticando; la temática del problema es la misma, pero las funciones afectadas diferentes, en el primer caso es la función perceptiva (alucinaciones) y en el segundo la cognitiva (creencias erróneas).

3. Evolución de la alteración. HISTORIA DE VIDA

-Agudo vs. Crónico. Comienzo, terminación, duración y periodicidad de las sensaciones. Criterio muy utilizado, para que se considere trastorno suele tener que llevar presente un mínimo de 3-6 meses.

-Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (funcionalidad o beneficio del síntoma).

-Soluciones y/o tratamientos realizados.

4. Intensidad

Se puede valorar por su -frecuencia, por el -sufrimiento subjetivo (no siempre tiene por qué haberlo), y por su -afectación en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

5. Calidad

-Puede hacer referencia a síntomas neuróticos y síntomas psicóticos (ruptura con la realidad), siendo los segundos más graves.

-También trastornos clínicos y trastornos de la personalidad, siendo los segundos mas difíciles de modificar. Diagnóstico diferencial: Trastornos de personalidad se gestan desde la juventud, generan estructuras rígidas, difíciles de modificar. Trastornos clínicos se producen en un momento puntual, mejor pronóstico.

Ambos pueden darse al mismo tiempo y estar relacionados, ej: una personalidad impulsiva puede dar lugar a un trastorno adictivo.

6 Origen cultural

Debe tenerse en cuenta y conocer la cultura de la persona para poder valorar si su conducta es normal o anormal.

Pj. Darle una torta a tu hijo aqui esta poenalizado, y aqui utilizamos otro tipo de conductas. Pero en otros sitios no.

3. INFORME DE EVALUACIÓN BIO-PSICO-SOCIAL (AMPLIADO)

1-ASPECTOS BIOLÓGICOS/MÉDICOS

2-ASPECTOS PSICOLÓGICOS COGNITIVO-CONDUCTUAL-EMOCIONAL

3-ASPECTOS SOCIALES

4-FUNCIONAMIENTO GENERAL, ADAPTACIÓN, LIMITACIONES, CAPACIDAD VS. DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA...

5- TOMA DE DECISIÓN: SEGUIMIENTO, TRATAMIENTO, DERIVACIÓN, INTERVENCIÓN EN CRISIS??: SI HAY GRAVEDAD, RIESGO VITAL PARA LA PERSONA O TERCEROS.

REQUIERE 24 HORAS DE SUPERVISIÓN Y/O CUIDADO.

TRABAJO MULTIDISCIPLINAR O EN RED (AVISO A LOS SERVICIOS SANITARIOS Y A LA FAMILIA).

LO MAS SEGURO EN UN PRIMER MOMENTO SUELE SER LA HOSPITALIZACIÓN
TF:112

4. INTERVENCIÓN EN CRISIS

(Espina 1999; Slaikeu)

-Objetivo restablecer o conseguir un nuevo equilibrio (1-6 meses). REDUCIR MORTALIDAD, RECURSOS AYUDA Y SOLUCIÓN PROBLEMAS.

-Duración de minutos a horas en intervenciones de 1º orden (orientar, derivar), de semanas a meses en intervenciones de 2º orden (tratar).

-Evaluación de riesgos y recursos BIO-PSICO-SOCIALES.

1º Orden: Evaluar riesgos y recursos – organizar, tomar decisiones multidisciplinarmente

-Intervención MULTIDISCIPLINAR y FAMILIAR: **24 HORAS DE CUIDADO Y SUPERVISIÓN**

2º Orden: Tratamiento y seguimiento multidisciplinar y familiar

-Rol profesional más activo, **DIRECTIVO** y orientado a metas pre y post crisis