

SENSOPERCEPCION

SENSOPERCEPCION	es el proceso mental en el que estímulos sensoriales son interpretados por la conciencia
SENSACION	entrada de estímulos por los órganos de los sentidos
PERCEPCION	es el proceso de interpretación/ discriminación de un estímulo, relación con la memoria, estado de ánimo, experiencias e interpretaciones sensoriales
ZONAS DE SENSOPERCEPCION	corteza, órganos de los sentidos y sistema límbico
BASES ANATOMICAS	integridad de órganos de los sentidos, pares craneales, médula espinal, nervios periféricos y corteza cerebral
BASES NEUROQUIMICAS	dopamina, catecolaminas, serotonina y GABA
EXPLORACION	durante la entrevista
ALTERACIONES	alucinaciones e ilusiones, tanto como órganos de los sentidos
ALUCINACIONES	es la percepción de algo que no existe el objeto por medio de los órganos de los sentidos
PATOLOGIAS	esquizofrenia, psicosis, drogas (intoxicación y abstinencia) delirium, neoplasias y enfermedades degenerativas
NOTAS	la esquizofrenia es el tipo de psicosis más frecuente que tienen alucinaciones auditivas

TIPOS DE ALUCINACIONES:

- SOMATICAS:** percepción de una experiencia física no existente en los miembros o en las vísceras
- CINESTESICAS:** de postura o movimiento del cuerpo (levitación, flotar, girar y elevación)
- HIPNAGOGICAS:** se refiere a la visión de imágenes vividas, que también se pueden acompañar de sonidos y la sensación de ser tocado, en los momentos de transición vigilia-sueño (SON FISIOLÓGICAS Y LA CAUSA MÁS COMÚN ES EL EXCESO DE CANSANCIO)

ATENCIÓN

DEFINICION	directividad y selectividad de los procesos mentales en un estímulo interno y externo
	la mente está enfocada en un estímulo filtrando a los estímulos de alrededor, filtro que pone el hipotálamo e hipocampo
	trastorno de déficit de atención parecen fallar esos filtros
MECANISMOS	fijan los procesos mentales y discriminar los estímulos relevantes de los que no lo son
BASES ANATOMICAS	corteza cerebral, sistema límbico, hipotálamo, hipocampo, órganos de los sentidos
	el hipotálamo le da una carga afectiva al estímulo
BASES NEUROQUIMICAS	catecolaminas
	las catecolaminas son las principales porque aquí actúan los medicamentos para el TDA
MEDICAMENTO	metilfenidato



ATENCIÓN (cont)

EXPLORACION	durante la entrevista
ALTERACIONES BASICAS	hipoprosexia e hiperprosexia
la atencion esta disminuida en diferentes formas por ello tambien se llama paraprosexia a las dos	
en el trastorno por estres postraumatico hay hiperprosexia porque revive un estimulo de manera más intensa	
HIPOPROSEXIA	disminucion en la atencion
HIPERPROSEXIA	aumento en la atencion
PATOLOGIAS	disfunciones que se asocian con lesiones en SNC
ESTUDIO DE GABINETE	electroencefalograma

PATOLOGIAS EN LA ATENCION:

1. **TDA**: es una lesion en la corteza o el hipotálamo que le impide fijar la atención
2. **TDA + HIPERACTIVIDAD**: son lesiones más extensas en la parte frontoparietal que causa hiperactividad (entre más posterior sen las lesiones menor es la probabilidad de tener hiperactividad)
3. **LESIONES GRAVES**: afecta la personalidad, disocial, conductas delictivas y adicciones

PENSAMIENTO

DEFINICION	proceso por el cual se generan ideas
BASES ANATOMICAS	corteza frontal
BASES NEUROQUIMICAS	dopamina, catecolamina y serotonina
EXPLORACION	durante la entrevista
PROCESO DEL PENSAM- IENTO	tarea>> metodo>> restriccion de respuestas impulsivas>> eleccion de una opcion>> ejecucion>> resultados>> comparacion con la tarea>> reiniciar

la tarea es ¿que voy a hacer? y el metodo ¿como lo voy a hacer?

CORRELACION PSICOPATOLOGICAS alteraciones del contenido del pensamiento

IDEAS DELIRANTES/ DELIRIOS	absurdas y paranoides, no se les reconoce como absurdas
IDEAS HIPOCONDRIAS	preocupaciones excesivas por enfermedades mortales
IDEAS OBSESIVAS	ideas absurdas pero el sujeto las reconoce como tal
IDEAS SUICIDAS	ideas de matarse
IDEAS DE MINUSVALÍA	devaluacion de las personas deprimidas

CORRELACIONES PSICOPATOLOGICAS alteraciones de la forma del pensamiento

FUGA DE IDEAS	no poder retener el curso del pensamiento
PERSEVERANCIA	no poder dejar una idea
AUMENTO O DISMINUCION EN LA VELOCIDAD	
ROBO DEL PENSAM- IENTO	tipico de los esquizofrenicos
TRANSMISION DEL PENSAMIENTO	ideas de telepatia



PENSAMIENTO (cont)

CIRCUNSTANCIALIDAD se habla detalladamente, típica de personas con retraso mental o epilepsia

FORMA DEL PENSAMIENTO: pensamiento normal (lógico, compartido por un grupo de personas) y pensamiento anormal (autista, so, o es idea de una persona)

CURSO DEL PENSAMIENTO: se estudia el proceso (velocidad del pensamiento), las fallas en la producción del pensamiento (fuga de ideas)

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: como son las ideas

AFECTO

DEFINICION la expresión de emociones

HUMOR lo que el paciente refiere de sus emociones

AFECTO queda en desuso porque ahora se llama ánimo trastorno del ánimo, lo que perciben los demás de las emociones)

BASES ANATOMICAS sistema límbico

BASES NEUROQUIMICAS norepinefrina (regula a los demás neurotransmisores), catecolaminas, serotonina (regulada por la noradrenalina)

EXPLORACION historia clínica, entrevista, expresión facial y corporal

TRASTORNOS AFECTIVOS IMPORTANTES
 1. Trastorno bipolar
 2. Delirium
 3. Epilepsia parcial
 4. Uso de sustancias: manías secundarias a la droga (SSRI)
 5. Medicamentos (cambios en el estado, opioides, por ejemplo, anfetaminas para TDA y produce disforia)
 6. Duelo normal y complicado

TRATAMIENTO

1. FARMACOLOGICO 2. PSICOTERAPEUTICO

antidepresivos (ISSR). estimulantes, hormonas tiroideas, neurolepticos se adhieren mejor al tratamiento de farma, resolver conflictos personales que son causados por la enfermedad

TB 1 y TB 2 usan estabilizadores del ánimo (carbonato de litio = tratar episodios maníacos y depresivos) antipsicóticos de nueva generación y metilfenidato

COMPLICACIONES

- 15% de las personas con depresión se suicidan (es la complicación más grave)

- consumo de drogas (complicación más común)

- complicaciones médicas, sociales, económicas

EL CÁNCER DE PULMÓN o PANCREAS pueden presentar síntomas de depresión

1- Depresión resistente o crónica (refractante): es por factores genéticos

2- Las hormonas tiroideas en dosis bajas son co-adyudantes de efectos depresivos

CONCIENCIA

DEFINICION dar cuenta de lo que sucede dentro y fuera de sí mismo



TDAH	afecta a cada 1:20 jóvenes en todo el mundo
sintomas:	desatención, impulsividad e hiperactividad (desorganizado, inquieto y olvidadizo)
corteza cerebral:	se desarrolla más despacio especialmente en las regiones de los lóbulos frontal y temporal (los cuales son importantes para la memoria y controlar la conducta)
estructuras:	la corteza frontal, ganglios basales y cerebelo son más pequeños
neurotransmisores:	desregulación de la dopamina y noradrenalina
CORRELACIONES PSICOPATOLÓGICAS	
TDA (trastorno primario de la atención)	causas: genética, hipoxia posnatal lo cual provoca una falla en la percepción e inteligencia
	sintomas: irritabilidad depresión recurrente, incapacidad para tolerar la demora o frustración, violencia en contra de los demás, conducta temeraria, crueles, robo y extorsión
depresión	
trastorno del desarrollo	(autismo, retraso mental)
psicosis	
estado confusionales	
enfermedades crónicas del SNC y sistémicas	(choque séptico, tuberculosis, lupus activo, artritis generalizada (el dolor distrae))

DEFINICIÓN	capacidad de almacenar y evocar información
BASES ANATÓMICAS	sistema límbico, corteza frontal y parietal
<i>la memoria tiene que ver con lo afectivo por el lóbulo parietal</i>	<i>el sistema límbico (circuito de las emociones) estas estructuras regulan el estado del ánimo y al darle una carga emotiva hace que se almacenen y sean evocados</i>
BASES NEUROQUÍMICAS	acetilcolina y glutamato, serotonina y catecolaminas
<i>Neurotransmisor Alzheimer: acetilcolina, actúa a nivel de los receptores y se encargan de deshacer a la acetilcolina mediante la acetilcolinesterasa DONEPEZIL Y DIMENTINA (glutamato) RIBESTIMINA (parches)</i>	
<i>MMDA de glutamato hace que se bloquee el efecto de Ca⁺</i>	
EXPLORACIÓN	durante la entrevista; se evalúa memoria reciente y tardía
ALTERACIONES EN LA MEMORIA	
1. CUALITATIVA	2. CUANTITATIVA
<i>paramnesia</i> : deja-vu, jamás-vu, ecmnesia, criptomnesia, falsos reconocimientos	hipomnesia, hipermemnesia y amnesia
CORRELACION PSICOPATOLÓGICA trastornos neurocognitivo (demencia)	
- parenquimatosa, vasculares, por inclusiones intracitoplasmática y por tóxicos las neuronas se afectan	
- depresión (por fallas en la atención)	
- psicosis (esquizofrenia)	
- enfermedad degenerativa (Parkinson, esclerosis múltiple)	
- toda enfermedad mental (bipolar, delirante) o neurológica conllevan un deterioro cognitivo muy importante	
TIPOS DE DEMENCIA	
PARENQUIMATOSA	70% Alzheimer



MEMORIA (cont)

VASCULAR demencia por infartos multiples, enfermedades que afectan a los vasos sanguineos por falta de oxigeno

ALCOHOLICA

TEORIAS DE LA MEMORIA

1. MEMORIA A CORTO PLAZO 2. MEMORIA A LARGO PLAZO

- teorías sinápticas - cambios anatómicos de la sinapsis

- circuito oscilante (despolarización repetida) - células de la glía

- potenciación posttetánica - modificación intranuclear

cambios a nivel de la permeabilidad de la neurona (despolarización o hiperpolarización de un grupo de neuronas, la memoria a corto plazo se olvida) *cambios estructurales a nivel del núcleo o de la membrana plasmática (intercambio con las células de la glía de RNA) nunca se olvida*

NOTAS:

1. La memoria es la más fácil de testear (trastorno neurocognitivo = demencia)
2. La única forma de saber si tienes Alzheimer es mediante una biopsia cerebral, resonancia magnética (primer estudio diagnóstico tomografía cerebral)
3. Proteína que infiltra a las neuronas en el Alzheimer: BETA AMILOIDES
4. La memoria a corto plazo es la primera que se afecta en cualquier trastorno de la memoria
5. CONFABULACION en el Alzheimer porque no se acuerdan y prefieren inventar

MEMORIA DICCIONARIO

DEJA-VU ya vivido

JAMAIS- VU jamás vivido

ECMESIA recuerdos alucinatorios del pasado

CRIPOTOMENECIA recuerdo propios pero son de otras personas

FALSOS RECONOCIMIENTOS sucede durante la epilepsia; muy recurrente en la epilepsia parcial

VIDEO: BIPOLAR DISORDER (AFECTO)

NJ

TRASTORNOS AFECTIVOS: línea del estado de ánimo

- **DEPRESIÓN** => (trastorno depresivo mayor): conjunto de síntomas que se presentan por 2 semanas (tristeza y anhedonia que es la incapacidad por sentir placer) 5 síntomas se hacen diagnóstico (fallas en la memoria, atención, idea suicidas, minusvalía, fatiga, alteraciones del sueño, insomnio terminal (por cortisol, falla en la liberación del cortisol), aumento o disminución de peso, disminución en el deseo sexual, presencia de intentos suicidas)

DISTIMIA => puede durar toda la vida y es una depresión crónica

- EUTIMIA

HIPOMANÍA => cuadro maniaco leve, no afecta la vida del individuo, eufóricos y contentos (no hay episodios psicóticos) es crónica

- **MANÍA** => eufórico, irritable, agresivo (diagnóstico en 1 semana) trastorno/ síndrome maniaco (alucinaciones, desinhibición sexual o anímica, gastos excesivos, no dormir, pobre control de impulsos, psicóticos) sin tener un signo de depresión maniaco

NOTAS:

1. De depresión a manía (o sin saber que hubo o habrá un episodio depresivo) diagnóstico de TRASTORNO BIPOLAR TIPO I
2. De depresión a hipomanía (ya con episodio depresivo o trastorno hipomaniaco) se hace diagnóstico de TRASTORNO BIPOLAR TIPO II
3. Distimia + hipomanía = diagnóstico de CICLOTIMIA (crónica)

