

Psicopatologia

AC2 - Psicopatologia Clínica (Part A)

Entrega 24/04/08

- DUBTES DELS MÒDULS
- PRESENTACIÓ PAC 2
- CORRECCIÓ PAC2 (Consultor: Rosa Sáez Codina)

**DUBTES DELS MÒDULS:**

**Data: 20:07:17 04/04/2008**

Estic en el DSM "subtipos de .....(malaltia tal)"

Després dels criteris A i B que cal que es compleixin per al diagnòstic, hi ha l'apartat:

"Codificació del curso de (malaltia) en el quinto dígito"

.x2 Episodio con síntomas residuales interepisódicos

.x3 Episodio....., etc, etc,

Entenc que vol especificar si es tracta d'un episodi transitori o si és continu. Ara bé, com s'expressa aquest cinquè dígit en la classificació de la malaltia?

En qualsevol cas l'expressió seria: F (nombre). (nombre) x com hi afegim aquest dígit? Després de la x?

Per exemple si poso F (nombre). (nombre) x2

Això voldria dir "malaltia tal en episodi amb símptomes residuals interepisòdics" ?

Vull dir, aquesta és la manera correcta d'expressar el trastorn en l'eix I? O no cal especificar?

**Data: 21:45:45 04/04/2008**

a partir de la pag. 939 del DSM-IV-TR esta tota la numeració de les malalties incloent aquest dígit i per lo que he vist la "x" no hi es. Jo m'he guiat per això.

**Data: 10:00:16 09/04/2008**

Ara estic llegint el mòdul i a la pag. 45, depressió endògena. ¿ Què vol dir una personalitat premòrbida adaptada?

**Data: 15:49:15 09/04/2008**

sense massa seguretat, jo et dic el que entenc.

Personalitat premòrbida, seria aquella que presenta el subjecte abans de que se li diagnostiqui el trastorn. Adaptada significaria que, tot i que, possiblement el trastorn hi era, no li representava una existència complicada. D'alguna manera, els símptomes no eren prou forts per provocar-li problemes en la seva vida quotidiana. Podia treballar, relacionar-se, i els altres no li veien un comportament estrany.

O sigui, que la persona podia estar una mica trista i desanimada, però se'n podia anar sortint amb més o menys normalitat perquè tenia els seus mecanismes de resistència.

Fins que, quan els símptomes ja han estat molt forts, no pot treballar, o no s'entén amb els demés per el seu comportament excessivament pessimista o negatiu, o sent ganes de morir, etc.....és quan va al metge i li explica tot el que li passa.

El metge, en el diagnòstic, posarà depressió, però, en el historial, personalitat premòrbida adaptada, perquè no havia presentat trets psicòtics, per exemple, o d'algun retard o altres trastorns.

**Data: 10:03:02 10/04/2008**

Otra palabreja que no sabia definir. Trastorns d'inadecuació afectiva? Que vol dir això?

**Data: 11:00:39 11/04/2008 (Consultora)**

a veure... , analitzem "semànticament".... inadecuació (que no s'adeqüen???) a qué? .... afectivament.... per tant.... voldrà dir que....

**Data: 21:39:02 13/04/2008**

un dubte, actes obsessius és sinònim de compulsions?

És que m'ha semblat que als apunts quan parla del TOC i diu que ens descriuran les obsessions i les compulsions, primer parla clarament d'obsessions, però després, enlloc de passar a les compulsions parla d'actes obsessius, és per això que voldria saber si és el mateix una compulsió que un acte obsessiu...

**Data: 20:07:00 15/04/2008 (Consultora)**

Nois i noies, a veure si consultem més les eines que ens ofereix l'aula!!! Sobre tot les Fonts d'informació i més concretament el Glossari de Psicologia i Ciències de l'Educació en la versió de recerca per índex alfabètic!!!!

**COMPULSIONS:**

Cada un dels actes repetitius i estereotipats que poden incloure tant actes mentals (comptar, resar, etc.) com comportaments observables (de comprovació, neteja, etc.). Alenteixen la conducta habitual i/o interfereixen en el funcionament quotidià, i pel temps que consumeixen i el malestar que generen no fer l'acció és font d'ansietat i malestar.

**OBSESSIÓ:**

Pensament, imatge i idea intrusiva, que s'imposa a la consciència, considerades generalment il·lògiques, absurdes i anormals per part de qui les experimenta, són de caràcter penós i desagradable i generen preocupació i ansietat. Obliguen a una lluita ineficaç per eliminar-les i es repeteixen una vegada i una altra. Vegeu compulsió.

**Data: 10:01:35 23/04/2008**

Estic donant els últims retocs a la Pac però ara dubto sobre l'eix 2 de la pregunta 1. Algú em podria explicar, òbviament sense posar cap exemple de la Pac, que és considera un trastorn de personalitat i que no? És una de les coses que vaig fer malament en la Pac 1 i em fa por tornar a errar amb el mateix.

**Data: 12:09:04 23/04/2008 (Consultora)**

Un trastorn de la personalitat és un patró de conducta patològic que es manifesta des de l'inici de l'edat adulta i que comporta problemes a la persona en els diferents àrees de la vida de la seva persona.

Si consultes els apunts i mires els criteris dels DSM-IV-TR ho entendreàs molt millor!!!

Consulta també el glossari alfabètic de les eines informàtiques que teniu a l'aula

**Data: 12:11:45 23/04/2008 (Consultora)**

trastorn de la personalitat:

Cada un dels patrons permanents de reacció davant l'entorn i la percepció d'aquest (DSM-IV-TR, 2002). Mostren consistència temporal (d'inici primerenc, almenys en l'adolescència o principi de l'edat adulta) i transsituacional (en diferents contextos o situacions). S'estenen a diferents àrees de funcionament (cognitiva, afectiva, interpersonal, control dels impulsos). A més, impliquen una desviació significativa dels estàndards culturals o evolutius, causen un malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o personal, i s'exclouen aquells casos en què el patró persistent és atribuïble a una manifestació o conseqüència d'un trastorn mental, o als efectes fisiològics d'una substància o una malaltia mèdica. Vegeu personalitat normal.

**Data: 17:31:00 23/04/2008**

Tengo una duda con la interpretación del DSM-IV-TR, en el TOC, cuando pone las obsesiones se definen por (1) (2) (3) (4); las compulsiones se definen por (1) (2) y lego B, C, D y E; se deben de cumplir todos ellos? sobre todo en las obsesiones y compulsiones, al no decir nada el DSM-IV-TR sobre exclusión de estos puntos, se debe entender que se deben de dar todos? con que halla una mayoría ya es suficiente?

**Data: 17:47:22 23/04/2008 (Consultora)**

Pregunta del MILLÓN!!!!

En la práctica clínica he tenido pacientes con TOC, sin compulsiones, pero si como obsesiones.

Fijate que en el punto B dice " En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones O compulsiones...." no dice y....

Por lo tanto....

Lo que es imprescindible es que tenga obsesiones o compulsiones, y evidentemente todos los otros criterios: B, C, D y E.

**Data: 12:55:51 30/04/2008**

Respecte el tipus d'esquizofrènia de la PAC2 el DSM-IV-TR diu:

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo desorganizado (295.10)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

1. lenguaje desorganizado
2. comportamiento desorganizado
3. afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cèrea) o estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
5. ecolalia o ecopraxia

En la PAC el cas relata que durant la visita no deixa de fer moviments estranys amb la boca i el cap ....El seu discurs espontani resulta incoherent i molt sovint presenta palilàlia i ecolàlia.

També diu anteriorment que camina exagerant els moviments de malucs...

Jo vaig ficar que es tractava del tipus catatònic perquè en l'esquizofrènia de tipus desorganitzat no s'han de complir els criteris per el tipus catatònic que pensava podien estar els moviments estranys amb la boca y el cap, la ecolalia i els moviments estereotipats i llamatius com podien estar els moviments exagerats de malucs..

Em podeu explicar perquè no pot tractar- se d'aquest tipus?

No m'ha quedat clar amb la correcció de la PAC2.

**Data: 14:42:04 30/04/2008**

És que precisament, la catatònia és una forma molt particular i reconeixible. Si busques a Google ho veuràs molt clar. Saps aquells de les pel·lícules de manicomis que estan immòbils? O en una postura rara, però quiets?

Si algú els mou es poden quedar en la forma que els han deixat.

Per exemple, a Wikipedia:

Las características son la inmovilidad física ya que internamente la persona que sufre de la crisis catatónica piensa perfectamente bien. Solamente está inconsciente de que no está moviéndose, simplemente esa persona está desasido metida en sus pensamientos para poder moverse. El porcentaje más alto de sus pensamientos están desconectados del mundo exterior ya que en algunas ocasiones puede reaccionar ante estímulos como cuando el médico hace movimientos con el cuerpo del paciente y quedan en esta posición ("flexibilidad de cera").

**Data: 17:27:20 30/04/2008**

Seria el personatge "el hombre de cera" en Los Renglones Torcidos de Dios.

**Data: 21:35:38 02/05/2008**

jo encara tinc el dubte, vaig descartar la desorganitzada pel mateix motiu que ella i el tipus catatònic per les mateixes raons que comenta, així doncs que vaig respondre que es tractava de tipus indiferenciat.

Per exemple, presenta ecolalia (criteri de la catatònica, això descarta la desorganitzada, no?)

**Data: 02:18:34 03/05/2008**

Jo vaig liar-me perquè vaig llegir lo de " por lo menos 2 de... però sense parar- me a pensar que hi ficava que "dominan".

Encara no tinc clara tampoc l'explicació de que es desorganitzada i no indiferenciada.

**Data: 01:13:37 04/05/2008**

jo també vaig respondre que es tractava d'una esquizofrènia de tipus catatònic, perquè, tal i com podeu veure en els criteris pel diagnòstic, es compleixen els dos mínims símptomes del quadre clínic:

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas

5. ecolalia o ecopraxia

Per tant, entenc el que vosaltres dieu perquè jo també he llegit "los renglones torcidos de dios", però les muecas llamativas i l'ecolalia sí que es donen en el pacient, per la qual cosa no entenc perquè no és d'aquest tipus.

**Data: 18:47:24 04/05/2008**

Us poso aquí el que jo vaig escriure a la pac sobre el perquè creia que era una esquizofrènia desorganitzada. La veritat es que a mi em va semblar bastant evident per el tema del tipus de vestir que portava i la sensació que donava d'infantilisme, entre d'altres. Per mi el tipus catatònic es com estar en estat "de shock" (col·loquialment parlant), es a dir, quan parlem d'algú i diem "es va quedar catatònic", com dient que es va quedar parat. Bé, no m'enrotllo més que crec que m'estic embolicant.

Aquí va el que jo vaig posar per si us serveix d'ajuda:

pus desorganitzat: Té les característiques principals del cas que ens ocupa: llenguatge desorganitzat, comportament desorganitzat i afectivitat aplanada o inapropiada, manierismes, rareses de comportament, mueques, existeix un deteriora del rendiment que es pot comprovar mitjançant proves neuropsicològiques i tests cognoscitius. Té un inici temprà com en el nostre cas (16 anys) i un curs continu sense remissions significatives. En moltes ocasions el pacient dona la sensació que s'ha aturat la seva evolució psicosocial i que retrocedeixen o s'infantilitzen amb conductes regressives. En el nostre cas també es dona aquesta situació en el seu discurs i moviments, al igual que en la forma de vestir poc pròpia d'un senyor de 40 anys (porta sabatilles del Goku i una samarreta de la Shakira, tot això amb una resta de vestuari poc adequat).

**Data: 13:23:10 06/05/2008 (Consultora)**

Bona apreciació, al FÒRUM altres companys i companyes d'aula han fet explicacions molt bones al respecte.

**PRESENTACIÓ PAC 2 - PSICOPATOLOGIA CLÍNICA (PART A):**

Data de lliurament: 24 d'abril 2008.

Material de consulta:

- Document de semiologia.
- Nuclis de coneixement "Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics", "Trastorns de l'estat d'ànim", i "Trastorns d'ansietat".

Si us plau, respon les següents preguntes de manera clara, concisa i ordenada. No reproduueixis literalment el text del mòdul, expressa amb les teves pròpies paraules les idees principals que has estudiat.

No torneu a copiar el text dels casos en la resolució de la PAC.

NOTA: A totes aquelles preguntes que calgui descriure la simptomatologia d'un cas, és necessari esmentar el símptoma i explicar per què creieu que està present o il·lustrar-ho amb el material del cas.

Pel que fa al diagnòstic diferencial, cal esmentar els trastorns amb què es fa el diagnòstic diferencial i explicar perquè es descarten en el cas concret.

**1. Llegeix atentament el següent cas clínic i fes el diagnòstic multiaxial seguint criteris DSM-IV-TR.**

En Pere te 40 anys i va al servei d'urgències de psiquiatria del hospital de la seva comarca acompanyat de la seva mare, on ja el coneixen ja que al llarg de la seva vida ha ingressat 12 vegades al servei de psiquiatria.

Aquesta vegada torna a urgències donat que ha deixat de prendre la medicació i segons explica la seva mare "torna a estar com sempre".

En Pere sembla molt més jove del que és, aparenta uns 30 anys, va vestit amb un abric brut (tot i que fa calor), unes sabatilles d'aixecar-se del llit amb dibuixos dels personatges de la sèrie de dibuixos animats "bola de drac", porta una samarreta taronja llampant amb una foto de la cantant Shakira, una gorra del Barça i 6 ò 7 medalles al coll.

Quan tenia 16 anys va ingressar per primera vegada després de deixar l'institut i des de aquell moment mai va ésser ni ha estat capaç de tornar a estudiar o de tenir una feina.

Va anar al psicòleg varies vegades i van constatar un lent deteriorament cognitiu mitjançant diferents probes neuropsicològiques i tests cognoscitius que li van anar administrant al llarg del temps.

Des de aquell primer ingrés fins a l'actualitat ha estat ingressat 11 vegades més, sempre rep tractament neurolèptic però un cop és donat d'alta deixa la medicació i torna a aparèixer la simptomatologia.

Viu amb la seva mare, una dona de 70 anys, però de tant en tant desapareix durant varis mesos fins que és localitzat pels Mossos d'Esquadra demanat almoina i dormint pels carrers.

No se li coneixen hàbits tòxics i les exploracions complementàries al respecte mai han donat positives al respecte.

El seu estat d'ànim fluctua des de la ira vers la seva mare ("de menjar em dona merda que agafa del cul de la gent") a una actitud seductora i generosa acompanyada de somriures irònics.

El seu discurs y manera de comportar-se tenen un caire infantil, i camina exagerant els moviments de malucs.

La seva mare refereix que va deixar de prendre la medicació fa més o menys un més, i que des de aquell moment va començar a sentir veus i a mirar i a comportar-se de forma extravagant.

Durant la visita no deixa de fer moviments estranys amb la boca i el cap y quan el psiquiatra li pregunta que esta fent, en Pere li respon: "estic menjant filferros i llumins".

El seu discurs espontani resulta incoherent i molt sovint presenta palilàlia i ecolàlia.

Després de la vista a urgències de psiquiatria en Pere va quedar ingressat.

**2. Fes el diagnòstic diferencial del cas anterior recorda que cal esmentar els trastorns amb què es fa el diagnòstic diferencial i explicar perquè es descarten en el cas concret.**

**3. Llegeix atentament el següent cas clínic i fes el diagnòstic diferencial entre un quadre depressiu o un quadre demencial.**

**Explica en quina simptomatologia i criteris d'inclusió/exclusió t'has basat per diagnosticar un trastorn o un altre.**

La Maria te 60 anys i va al metge de capçalera, acompanyada del seu marit, donat que fa uns mesos en que refereix no trobar-se bé.

És cap de departament de ciències exactes d'una universitat. Refereix que poc a poc ha anat perdent el seu interès per les coses, principalment la lectura, a la que dedicava molt de temps, sobre tot abans d'anar a dormir.

Es sent trista i amb ganes de plorar, sobre tot quan veu que tot i tenir "bons moments" no recupera les ganes de fer coses.

Sempre havia tingut molta memòria, en canvi ara s'ho ha d'apuntar tot a l'agenda ja que sinó oblida les coses.

Refereix que l'altre dia es va "perdre amb el cotxe conduint pel campus universitari!!!".

El seu marit refereix que cada dia es mostra més trista, més desanimada, que ha d'apuntar coses quotidianes de la casa en "pòsits" a la nevera ja que sinó s'oblida.

Que ella fa uns mesos que li refereix aquestes coses però que ell no n'ha tingut consciència fins fa poc.

També refereix que a mida que passa el dia i arriba el vespre, la Maria es mostra més trista i "estranya": "fins hi tot ara l'haig d'ajudar a preparar la roba pel dia següent, ja que sinó al matí triga molt en escollir-la i de vegades la combina malament".

Per altre part, el seu marit, també ha observat que te petites dificultats de concentració, sobre tot quan mira la televisió, ja que perd el fil argumental de les pel·lícules o sèries que estan mirant.

La Maria li ha demanat al metge la baixa laboral ja que fa una setmana que no va a treballar ja que diu que no te ànims, que li costa molt treballar amb l'ordinador i fer operacions de càlcul senzilles.

Es sent molesta amb les persones del seu entorn donat que no s'han adonat del que li passava i quan ella els hi deia alguna cosa no li donaven cap importància.

No te ganes de fer res i encara menys de fer vida social.

De vegades va per casa seva d'un costat a l'altre portant objectes sense cap sentit aparent.

Refereix que no recorda ben bé quan i com va començar tot, el seu marit refereix el mateix.

Se li practica entre altres probes complementàries un TAC que mostra una atròfia cortical.

4. **Escull una d'aquestes dues Síndromes d'actualitat i fes una exposició mínima d'una cara de DIN-4 sobre el tema.**
  - a. Síndrome de Alienació Parental.
  - b. Síndrome de Diògenes.
5. **Inventa't un cas clínic (seguint criteris DSM-IV-TR) de trastorn obsessiu compulsiu amb aritmonomania.**
6. **Del cas anterior assenyala clarament la simptomatologia i els criteris DSM-IV-TR que has "utilitzat" per "crear" el cas.**
7. **Busca informació sobre la freqüència dels següents símptomes en les crisis d'angoixa (atacs de pànic) i emplena la següent taula en forma de percentatges (%). Cita la font o fonts d'on hagas extret la informació.**

Palpitacions o taquicàrdia	??? %
Dispnea	
Por a la mort	
Mareig o sensació d'instabilitat	
Tremolor o estrebades musculars	
Sudoració	
Àlgies o molèsties precordials	
"Onades" de calor o fred	
Nàusees o molèsties abdominals	
Debilitat muscular	
Parestèsies	
Por a tornar-se boig o perdre el control	
Inquietud psicomotriu	
Despersonalització o desrealització	
Sufocació	
Sequedat bucal	
Cefalees.	

8. **Contesta a les següents preguntes tipus test (només has d'escollir una de les respostes que planteja cada pregunta):**

1. **Quina de les següents dades és incompatible amb el diagnòstic de depressió endògena?**
  - a. Agitació psicomotriu.
  - b. Pseudoalucinacions auditives.
  - c. Disfuncions cognitives.
  - d. Anormalitats en la resposta de la TSH a l'estimulació TRH.
  - e. Normalitat en el son.
2. **Una complicació de les crisis d'angoixa pot ésser?**
  - a. Trastorn depressiu.
  - b. Esquizofrènia paranoide.
  - c. Reacció histèrica aguda.
  - d. Hipocondria.
  - e. A i D son correctes.
3. **Les característiques clíniques principals de l'esquizofrènia simple son les següents, excepte una d'elles, quina?**
  - a. Inici insidiós.
  - b. Apatia i inèrcia importants.
  - c. Afectivitat aplanada.
  - d. Tendència al empobriment global.
  - e. Ideació paranoide acusada.
4. **Quina patologia pot provocar hipersòmia?**
  - a. Síndrome de Kleine-Levin.
  - b. Hepatitis vírica.
  - c. Depressió endògena.
  - d. Psicosis al·lucinatòria crònica.
  - e. Les respostes A i C son correctes.
5. **Quina de les dades següents és atípica en les psicosis post-part?**
  - a. Aparició en mare primípara.
  - b. Aparició en la sisena setmana després del part.
  - c. Part amb cesària.
  - d. Presència de falsos reconeixements i desorientació.
  - e. Totes les respostes son típiques.
6. **Quin dels següents factors indica un mal pronòstic en el tractament d'un trastorn d'ansietat?**
  - a. Trastorn de personalitat paranoide premórbid.
  - b. Baix suport social.
  - c. Expectatives negatives respecte al tractament.
  - d. Cronicitat del quadre.
  - e. Totes les respostes son correctes ja que son indicatives de mal pronòstic.
7. **El terme monomania, que incloïa les obsessions, va ésser propugnat per:**
  - a. Luys.
  - b. Esquirol.
  - c. Falret.
  - d. Krafft-Ebing.
  - e. Domath.

**8. La participació genètica en las fòbies se ha destacat en:**

- a. Fòbies a animals.
- b. Fòbies simples.
- c. Agorafòbia.
- d. Fòbies socials.
- e. Nosofòbies.

**9. La idea delirant es diferencia de la errònia en que:**

- a. Es dona en persones d'intel·ligència normal.
- b. Es incorregible.
- c. Es crea patològicament.
- d. No s'ajusta a la realitat.
- e. Les respostes B i C son correctes.

**10. Respecte a la desorientació, una de les següents afirmacions és falsa:**

- a. La desorientació és típica de patologies orgàniques.
- b. A la confusió no acostuma a donar-se desorientació.
- c. La desorientació autopsíquica és més infreqüent que la temporal.
- d. La desorientació autopsíquica es correlaciona amb la gravetat del quadre.
- e. Els pacients psiquiàtrics poques vegades pateixen desorientació massiva.

**CORRECCIÓ PAC2 (Consultor: Rosa Sáez Codina):**

**1. Llegeix atentament el següent cas clínic i fes el diagnòstic multiaxial seguint criteris DSM-IV-TR.**

Eix I : Esquizofrènia crònica tipus desorganitzat de curs continu (259.10 DSM-IV-TR).

Eix II: Sense diagnòstic.

Eix III: Sense diagnòstic.

Eix IV: Problemes relatius al ensenyament, problemes laborals i problemes relatius a la interacció amb el sistema legal.

Eix V: EEAG de 30 a 21.

Notes sobre el cas:

En l'Eix II, no podem diagnosticar cap Trastorn de personalitat. La "simptomatologia" que presenta en Pere durant la seva adolescència son Prodròms de la malaltia.

Tampoc podem considerar el "lent deteriorament cognitiu" en aquest Eix donat que no es tracta de cap tipus de retard mental sinó d'una conseqüència del deteriorament en l'Esquizofrènia d'aquest tipus i d'altres tipus.

**2. Fes el diagnòstic diferencial del cas anterior recorda que cal esmentar els trastorns amb què es fa el diagnòstic diferencial i explicar perquè es descarten en el cas concret.**

Trastorn psicòtic degut a una malaltia mèdica, delirium o demència.

Trastorn psicòtic induït per substàncies, delirium induït per substàncies.

Trastorn esquizoafectiu.

Trastorns de l'estat d'ànim amb símptomes psicòtics.

Trastorn esquizofreniforme.

Trastorn psicòtic breu.

Trastorn delirant.

Trastorns generalitzats dels desenvolupament.

Trastorn esquizotípic, esquizoide o paranoide de la personalitat.

Dintre de l'esquizofrènia:

Tipus paranoide.

Tipus catatònic.

Tipus indiferenciat.

Tipus residual.

Cal explicar el perquè!!!!

**3. Llegeix atentament el següent cas clínic i fes el diagnòstic diferencial entre un quadre depressiu o un quadre demencial.**

**Explica en quina simptomatologia i criteris d'inclusió/exclusió t'has basat per diagnosticar un trastorn o un altre.**

Us penjo unes característiques bàsiques que diferencien un quadre demencial d'un quadre depressiu:

Quadre demencial:

Inici: insidiós i agut en la Demència Vasculard.

Humor: Indiferent

Antecedents: Habitualment sense història personal o familiar de depressió.

Fluctuacions clíniques: No

Capacitat cognitiva: Típicament no fluctuant.

Queixes subjectives de deteriorament cognitiu: Manca de insight.

Interès social: Sí

Alteracions conductuals: Les típiques de la demència.

Tractament antidepressiu: Mala resposta al tractament.

Evolució: Deteriorament progressiu.

Depressió:

Inici: Més agut.

Humor: Depressiu.

Antecedents: Generalment existeixen antecedents familiars y personals; sobre tot en les depressions endògenes.

Fluctuacions clíniques: Sí.

Capacitat cognitiva: Fluctua en relació al estat d'ànim i la situació.

Queixes subjectives de deteriorament cognitiu: Freqüents.

Interès social: No.

Alteracions conductuals: Generalment no existeixen a no ser que siguin les típiques de la simptomatologia depressiva i/o d'una comorbiditat psicopatològica.

Tractament antidepressiu: Bona resposta segons el tipus de tractament.

Evolució: Dependrà de cada cas, es produeix una milloria en la cognició.

El cas de la pregunta pateix una Demència Tipus Alzheimer (294.1x DSM-IV-TR).

Diagnòstic diferencial amb altres trastorns (OPCIONAL)

Delirium

Trastorn amnèsic.

Alteració cognoscitiva en la intoxicació o l'abstinència de substàncies.

Retard mental.

Alteració cognoscitiva i deteriorament de l'activitat en l'esquizofrènia.

Dèficit de memòria i dificultat per la concentració en el trastorn depressiu major.

Deteriorament cognitiu relacionat amb l'edat.

Trastorn neurològic lleu (trastorns cognoscitiu no especificat).

Nota: Aquest aspecte només es tindrà en compte en els/les alumnes/as que hagin fet correctament la pregunta i hagin ampliat la resposta.

4. **Escull una d'aquestes dues Síndromes d'actualitat i fes una exposició mínima d'una cara de DIN-4 sobre el tema.**

En aquesta pregunta es valorarà el grau de profunditat en que heu realitzat l'exposició del tema.

Es tindrà en compte que citeu les fonts consultades, les aportacions i opinions personals degudament raonades, la redacció del text i sobre tot la "claretat" en l'exposició.

5. **Inventa't un cas clínic (seguint criteris DSM-IV-TR) de trastorn obsessiu compulsiu amb aritmonomania.**

Es tindrà en compte que el cas inventat compleixi els criteris diagnòstics i que la simptomatologia estigui ben i específicament explicada.

6. **Del cas anterior assenyal clarament la simptomatologia i els criteris DSM-IV-TR que has "utilitzat" per "crear" el cas.**

Es tindrà en compte que s'hagi utilitzat correctament el símptoma d'arritmonomania i els criteris diagnòstics pel T.O.C i que estiguin degudament explicats i especificats.

7. **Busca informació sobre la freqüència dels següents símptomes en les crisis d'angoixa (atacs de pànic) i emplena la següent taula en forma de percentatges (%). Cita la font o fonts d'on hagis extret la informació.**

Palpitacions o taquicàrdia	80%
Dispnea	70%
Por a la mort	65%
Mareig o sensació d'inestabilitat	55%
Tremolor o estrebades musculars	53'3%
Sudoració	53'3%
Àlgies o molèsties precordials	45%

"Onades" de calor o fred	43'3%
Nàusees o molèsties abdominals	40%
Debilitat muscular	40%
Parestèsies	35%
Por a tornar-se boig o perdre el control	31'7%
Inquietud psicomotriu	30%
Despersonalització o desrealització	28'3%
Sufocació	26'7%
Sequedat bucal	21'7%
Cefalees.	15%

Com a base he agafat aquesta taula d'un dels llibres recomanats a la bibliografia de l'assignatura:

Taula 25-2. Pàgina 379 (Trastorns d'angoixa a J. Vallejo Ruiloba (2006): Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría, 6ª Edición, Ed. Elsevier, Masson, Barcelona).

**8. Contesta a les següents preguntes tipus test (només has d'escollir una de les respostes que planteja cada pregunta):**

**1. Quina de les següents dades és incompatible amb el diagnòstic de depressió endògena?**

**Pseudoalucinacions auditives.**

La resposta correcta és la B, donat que les pseudoalucinacions auditives són típiques de l'esquizofrènia. L'agitació psicomotriu (resposta A) pot donar-se en les melalcolies, especialment en les d'aparició tardana i amb ideació delirant afegida.

Les disfuncions cognitives (memòria, atenció...) (resposta C) poden acompanyar un quadre depressiu, fins el punt d'adquirir tal rellevància que plantegen el diagnòstic diferencial amb les demències (pseudodemències depressives).

Les anormalitats en la resposta de la TSH a la estimulació TRH (resposta D) no són incompatibles amb el diagnòstic de depressió endògena, ja que un 25-30% de pacients presenten aquesta anomalia.

Finalment, la normalitat en el son, si bé no és freqüent en la depressió, no invalida totalment el diagnòstic, ja que en depressions moderades en els primers estadis de la malaltia poden no presentar alteracions del son (resposta E).

**2. Una complicació de les crisis d'angoixa pot ésser?**

**A i D son correctes.**

La resposta correcta és la E, ja que tant els trastorns depressius com la hipocondria són complicacions que poden aparèixer en el curs d'un trastorn d'ansietat. La relació ansietat-depressió és molt estreta i en la seva clínica s'associen.

La cronicitat d'un trastorn d'ansietat amb crisis d'angoixa repetides condueix a un estat de desmoralització que pot derivar en un trastorn depressiu.

La hipocondria està associada freqüentment a les crisis d'angoixa, ja que el pacient pensa que pateix alguna malaltia somàtica.

Val a dir que els trets de personalitat condicionen la major o menor expressió de la hipocondria, de forma que les persones amb trets hipocondríacs es descompensen més fàcilment i tenen pitjor pronòstic.

La esquizofrènia paranoide (resposta B) i la reacció histèrica (resposta C) no són complicacions de les crisis d'angoixa, ja que no tenen afinitat etiopatogènica amb la patologia psicòtica i amb la histèria.

**3. Les característiques clíniques principals de l'esquizofrènia simple són les següents, excepte una d'elles, quina?**

**Ideació paranoide acusada.**

La resposta correcte és la E (ideació paranoide acusada). A l'esquizofrènia simple/indiferenciada, els trastorns del contingut del pensament de tipus paranoide, o no existeixen, o estan molt mal estructurats i constituïts, no essent, per això una de les característiques clíniques definitòries de l'esquizofrènia.

La resta de respostes corresponen totes a característiques de l'esquizofrènia simple.

**4. Quina patologia pot provocar hipersòmia?**

**Les respostes A i C son correctes.**

La resposta correcta és la E, ja que tant la Síndrome de Kleine-Levin com la Depressió endògena poden provocar hipersòmia.

La Síndrome de Kleine-Levin és d'etiologia desconeguda que apareix especialment en joves de sexe masculí.

En general es manifesta per intervals de son molt llargs (fins a 18 hores diàries durant dies i setmanes), que s'alternen amb altres de son normal o curt, separats per mesos o anys.

Es creu que el seu origen és hipotalàmic tenint en compte la resta de símptomes: bulímia, hiposexualitat i polidipsiquia.

La resposta B (hepatitis vírica) és incorrecta ja que no s'associa aquesta malaltia amb hipersòmia.

La resposta D (psicosis al·lucinatòria crònica) és incorrecte, donat que aquest trastorn no psicòtic no cursa amb hipersòmia, sinó amb insomni, en el cos que es doni algun trastorn del son.

**5. Quina de les dades següents és atípica en les psicosis post-part?**

**Aparició en la sisena setmana després del part.**

La resposta correcta és la B (aparició en la sisena setmana després del part).

El inici de les psicosis post-part rares vegades es dona en el dos primers dies després del part, acostuma a aparèixer cap el cinquè i excepcionalment després de les dues setmanes del part.

En els trastorns post-part, el quadre anomenat maternity blues acostuma a agafar el seu màxim el tercer o quart dia després del part i la depressió post-part lleu o moderada al tercer o quart dia, o per el contrari, dues o tres setmanes després.

La resposta A (aparició en mare primípara) i C (part amb cesària) són incorrectes, ja que aquests dos fets, entre altres, son factors típics de risc de la psicosis post-part.

La resposta D (presència de falsos reconeixements i desorientació) és també incorrecta, ja que en els quadres greus de psicosis post-part aquests símptomes són freqüents.

**6. Quin dels següents factors indica un mal pronòstic en el tractament d'un trastorn d'ansietat?**

**Totes les respostes son correctes ja que son indicatives de mal pronòstic.**

**7. El terme monomania, que incloïa les obsessions, va ésser propugnat per:**

**Esquirol.**

Va ésser Esquirol, a la primera meitat del Segle XIX, qui va proposar el terme monomania que incloïa les obsessions.

**8. La participació genètica en las fòbies se ha destacat en:**

**Agorafòbia.**

Entre les fòbies la participació genètica més destacada s'ha detectat en l'agorafòbia.

Nota:

També s'ha donat per vàlida la resposta Fòbies Socials donat que els últims estudis demostren la participació genètica.

També els qui han marcat les dues opcions.

**9. La idea delirant es diferencia de la errònia en que:**

**Les respostes B i C son correctes.**

La idea delirant es diferencia de la idea errònia en que es crea patològicament (la persona que la té pateix algun tipus de psicopatologia) i és incorregible i irreductible mitjançant la crítica, la informació i el raonament lògic.

**10. Respecte a la desorientació, una de les següents afirmacions és falsa:**

**A la confusió no acostuma a donar-se desorientació.**

En els estats de confusió s'observa en general una desorientació temporal important.