

TRASTORNO DE BIPOLARIDAD Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS

- El trastorno bipolar, conocido con frecuencia en el pasado como enfermedad maniaco-depresiva, es una enfermedad mental que incluye episodios de manía y depresión.

- Las personas afectadas por este trastorno, por lo regular experimentan cambios de estado de ánimo de estar “elevados” (y a menudo irritables) a tristes y desesperados y nuevamente a estar elevados, con periodos intermedios de estados de ánimos normales a casi normales.

- La tabla 11-9 describe los estados de ánimo observados en los trastornos bipolares.

Manía	Episodios caracterizados por un estado de ánimo anormal o persistentemente elevado, expansivo o irritable, que incluye por lo menos tres de los siguientes síntomas: autoestima exagerada o grandiosidad, reducción del sueño, verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades dirigidas a una meta, participación excesiva en actividades placenteras.
Hipomanía	Estado levemente elevado que puede no ser reconocido como disfuncional por el paciente y en ocasiones tampoco por otros
Depresión	Estado en el que la persona experimenta menor interés, energía y capacidad para experimentar placer y en ocasiones pesimismo profundo, desesperación, irritabilidad, enojo y ansiedad. Con frecuencia la actividad mental es más lenta, aparece sensación de fatiga, insomnio y pérdida del apetito.
Manía mixta	Condición que afecta a alrededor de 40% de los pacientes bipolares, en la que la manía o hipomanía se presentan simultáneamente con síntomas depresivos.
Ciclotimia	Cambios de estado de ánimo entre la hipomanía y depresión menos severa. A menudo, con el paso del tiempo, se convierte en una enfermedad bipolar más severa.
Ciclos rápidos	Condición que afecta a 20% de los pacientes bipolares. Se caracteriza por cuatro o más episodios en los últimos 12 meses de depresión, manía o hipomanía, con intervalos entre cada uno caracterizados por periodos de estados de ánimo relativamente normales o que representan un cambio dramático de la manía a la depresión o viceversa

- Los síntomas del trastorno bipolar aparecen por lo general cuando la persona es joven. La edad más frecuente en la que surgen los síntomas es durante la adolescencia hasta alrededor de los 20 años

- El número real de personas afectadas en este intervalo de edad puede ser mayor por dos razones.

La primera, los síntomas iniciales a menudo son diagnosticados como un tipo de trastorno de la atención o hiperactividad

Segundo, el síntoma inicial de muchas personas es la depresión y sólo posteriormente, cuando experimentan algún tipo de manía, son reclasificados con trastorno unipolar o trastorno bipolar

- Por lo general se considera que la manía y la depresión son polos opuestos de un continuo y que el estado de ánimo normal se encuentra en algún punto intermedio.
- Sin embargo, los síntomas maniacos y depresivos a menudo se presentan juntos en los pacientes y juntos pueden empeorar o mejorar

CLASIFICACIÓN

Trastorno bipolar I

- Una persona con **trastorno bipolar I** experimenta episodios de manía y por lo general también episodios depresivos mayores.
- Una cantidad muy pequeña de personas pueden experimentar uno o más periodos de manía pero nunca depresión.

- las personas son clasificadas con trastorno bipolar después de un episodio de manía con la expectativa de que se presentará finalmente un periodo de depresión.
- La manía se caracteriza por una fuga de ideas, estado de ánimo elevado y aumento de la actividad psicomotora.

- Antes de clasificar con trastorno bipolar a alguien que ha experimentado un episodio maniaco, es importante descartar otras causas de la conducta maníaca.
- La manía también puede ser causada por ciertos factores químicos que no se relacionan con el trastorno bipolar. Por ejemplo, determinados fármacos pueden hacer que personas que no tienen antecedentes de trastornos afectivos experimenten episodios de manía.

- La manía también puede ser el resultado de infecciones, desequilibrios metabólicos y el crecimiento de tumores.
- En estos casos, se considera que la manía es un síntoma del cambio del estado bioquímico de una persona y no se clasifica como un trastorno del estado de ánimo

Críterios diagnósticos

- Para un diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

Episodio maníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Episodio hipomaníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Episodio de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Trastorno bipolar II

- El trastorno bipolar II difiere del trastorno bipolar I en que la conducta maniaca está presente en un menor grado, llamado hipomanía o episodio hipomaniaco

- Un episodio hipomaniaco ocurre cuando existe un periodo claro de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y otros comportamientos maniacos, pero el funcionamiento social o laboral no se ven afectados en gran medida y la persona no tiene que ser hospitalizada.
- Esta capacidad para funcionar distingue a la hipomanía de la manía, pero en algunos casos es difícil hacer una distinción completamente segura. El cuadro bipolar II parece ser un tipo separado de trastorno y no un problema preliminar que más tarde se desarrolla y se convierte en un trastorno bipolar típico

- Las personas que experimentan episodios maniaco hipomaniacos pueden no verlos como patológicos aunque quienes las rodean puedan estar preocupados sobre la conducta errática que perciben.
- Para la persona afectada, los sentimientos de júbilo y creatividad y la energía impulsiva que es característica de un estado hipomaniaco pueden ser una fuerza positiva.

Criterios diagnósticos

- Para un diagnóstico de trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaníaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

Episodio hipomaníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas. D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas. E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco. F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Episodio de depresión mayor

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a una afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Trastorno ciclotímico

- Es un estado crónico de alteración del estado de ánimo, que es más notorio como cambio del nivel de energía.
- En el trastorno ciclotímico, tanto la conducta hipomaníaca como la conducta depresiva se presentan y continúan durante un periodo de por lo menos dos años, pero ninguno de ellos cumple con los criterios del DSMIV-TR para episodio maniaco o depresivo mayor.

- Con frecuencia, los episodios de ciclotimia tienen un patrón estacional y son más comunes en primavera o en otoño.
- Aunque el primer episodio se relaciona con una situación estresante, los siguientes episodios parecen no estar relacionados con el nivel de estrés.
- En algunos casos se alternan los síntomas de la hipomanía y los depresivos, mientras que en otros uno de estos estados de ánimo es predominante y otro se presenta con menor frecuencia

- Es más probable que las personas que son diagnosticadas con trastorno ciclotímico tengan un familiar cercano con un trastorno bipolar, que las personas normales o con diagnóstico de trastorno unipolar.
- Esta diferencia sugiere que el trastorno bipolar puede tener causas genéticas diferentes de la depresión unipolar.

Criterios diagnósticos

- A. Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco, y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.
- B. Durante el período de dos años citado anteriormente (un año en niños y adolescentes), los períodos hipomaníacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.
- C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco.

- D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Especificar si: Con ansiedad

Trastorno depresivo

- La depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno. El síntoma del estado de ánimo depresivo no necesariamente significa que una persona padece un trastorno del estado de ánimo.
- Los trastornos depresivos en ocasiones se refieren como trastornos unipolares para diferenciar los tipos de depresión de los que se encuentran en el trastorno bipolar. Hay varias categorías de trastornos depresivos

- Son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

- El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas.
- Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente.

- Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor.
- El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor.

- La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo. Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

- Es un trastorno que cursa con episodios indefinidos de cambios de conducta que no son los habituales en el niño y que no están relacionados con la etapa de desarrollo.
- Existe una continuidad en el cambio de conducta, es decir, se mantiene en el tiempo como una irritabilidad crónica con accesos de ira desproporcionados.

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
- E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.
- F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).
- K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

- Es el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz o bajo de ánimo. La mayoría de las personas se siente así de vez en cuando.
- La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo.
- Se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo. También cambia la manera en la que funciona el cuerpo.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica..
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. 'Para distinguir el duelo de un episodio

**Trastorno
(distimia)**

depresivo

persistente

- Trastorno depresivo persistente, también llamado distimia, una forma de depresión continua y a largo plazo (crónica). Es posible que pierdas interés en las actividades normales de la vida cotidiana, que te sientas desesperanzado, que te vuelvas improductivo y que tengas baja autoestima y una sensación general de ineptitud.
- Estos sentimientos duran años y pueden afectar en gran medida tus relaciones y tu desempeño en la escuela, en el trabajo y en las actividades diarias.

Criterios diagnósticos

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnias. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

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

- Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente.
- Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

<p>Especificar si:</p> <p>Con ansiedad.</p> <p>Con características mixtas</p> <p>Con características melancólicas</p> <p>Con características atípicas</p> <p>Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo</p> <p>Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo</p> <p>Con inicio en el periparto</p>	<p>Especificar si:</p> <p>En remisión parcial</p> <p>En remisión total</p> <p>Especificar si: Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años. Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.</p>	<p>Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):</p> <p>Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.</p> <p>Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.</p> <p>Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.</p> <p>Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.</p>	<p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Grave</p>
--	---	---	---

Trastorno disfórico premenstrual

- El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una afección en la cual una mujer tiene síntomas de depresión graves, irritabilidad y tensión antes de la menstruación. Los síntomas del TDPM son más intensos que los que se observan con el síndrome premenstrual (SPM).
- El SPM se refiere a una amplia gama de síntomas físicos o emocionales que ocurren con más frecuencia en más o menos de 5 a 11 días antes de que una mujer comience su ciclo menstrual mensual. En la mayoría de los casos, los síntomas cesan cuando, o poco después de que comienza su periodo.

Criterios diagnósticos

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

- 1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).**
- 2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.**
- 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.**
- 4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.**

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

- 1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).**
- 2. Dificultad subjetiva de concentración.**
- 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.**
- 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.**
- 5. Hipersomnias o insomnio.**
- 6. Sensación de estar agobiada o sin control.**
- 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.**

<p>D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).</p>	<p>E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).</p>	<p>F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)</p>	<p>G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p>
---	---	---	--

ESQUIZOFRENIA

- Es un desorden crónico, paradigma del trastorno mental severo, término que engloba a los trastornos mentales graves, de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

- La Esquizofrenia pertenece al grupo de la Psicosis (definido como un grave deterioro de la evaluación de la realidad que interfiere en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida); está caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones.

Utilizado por 1ra.
Vez en 1911

Eugen Bleuler

Significa:
**MENTE
DIVIDIDA O
FRAGMENTADA**

- Por lo general la enfermedad se inicia entre los 15 y los 35 años de edad, y antes de presentar el primer brote el individuo ha tenido una vida, por lo general, dentro de la normalidad.

- El inicio puede ser brusco, repentino, pero lo más habitual es un comienzo insidioso, en el que se producen cambios de comportamiento de manera lenta y gradual, como por ejemplo:
- Aislamiento o retraimiento social.
- Pérdida de interés y rendimiento en el estudio o en el trabajo.
- Deterioro en la higiene y el aseo.
- Comportamiento extraño y explosiones de ira.

Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

Síntomas positivos

- Delirio
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado
- Conducta extravagante y desorganizada

Síntomas negativos

- Aplanamiento afectivo
- Pobreza de lenguaje
- Pérdida de motivación o ubicación
- Pérdida de energía
- Pérdida de sentimientos de placer

Características clave que definen los trastornos psicóticos

<p>DELIRIOS</p>	<p>Los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej., persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza)</p>
<p>ALUCINACIONES</p>	<p>Son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados</p>
<p>PENSAMIENTO (DISCURSO) DESORGANIZADO</p>	<p>Habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (tangencialidad). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (incoherencia o "ensalada de palabras").</p>
<p>COMPORTAMIENTO MOTOR MUY DESORGANIZADO O ANÓMALO (INCLUIDA LA CATATONÍA)</p>	<p>Se puede manifestar de diferentes maneras, desde las "tonterías" infantiloides a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas</p>
<p>SÍNTOMAS NEGATIVOS</p>	<p>Son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia</p>

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 - 1. Delirios.
 - 2. Alucinaciones.
 - 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 - 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 - 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque
- 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa.
- 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- E Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Tipos

PARANOIDE

- La esquizofrenia paranoide se caracteriza por delirios y desconfianza extrema y continua. También pueden presentarse sistemas bien definidos de pensamiento paranoide delirante en personas que, en otros aspectos, muestran una conducta bien integrada. Dichas personas son diagnosticadas con trastorno delirante más que con esquizofrenia del tipo paranoide

- Característica Principal: alucinaciones auditivas e ideas delirantes de persecución, grandeza, celos. Pueden ser múltiples, pero alrededor de un tema coherente.
- Coincide con un inicio más tardío.
- Conservación relativa de la capacidad cognitiva y de la afectividad
- Pronóstico mejor que los otros tipos, mejor actividad laboral y vida independiente.

Desorganizada.

- – Características principales:
- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento desorganizado
- Afectividad aplanada o inapropiada
- – Risas inmotivadas, sin relación con lo que habla.
- – Falta de definición sobre lo que desea hacer.
- – Ideas delirantes y alucinaciones fragmentadas sin organización a tema coherente.
- – Muecas, manierismos, rarezas.
- – Deterioro en test o pruebas neuropsicológicas.
- – Asociado a personalidad premórbida empobrecida.
- – Inicio temprano, insidioso.

Catatónica

- La característica principal es la alteración psicomotora:
- Posturas rígidas, raras o inapropiadas, inexpresividad.
- Muecas llamativas.
- Actividad excesiva sin propósito definido.
- Negativismo extremo.
- Repite como un loro o sin sentido frases o palabras que escucha (Ecolalia).
- Imitación repetitiva (Ecopraxia).

- La esquizofrenia catatónica se caracteriza por una alteración psicomotriz que puede ir desde la inmovilidad o estupor, hasta la actividad motora excesiva que parece no tener propósito alguno y que no está relacionada con lo que sucede en el ambiente. Una persona con este tipo de esquizofrenia puede rehusarse a hablar, y puede mantenerse totalmente inmóvil o en movimiento continuo

- La característica esencial de la catatonía es una marcada alteración psicomotora que puede conllevar una disminución de la actividad motriz, una menor colaboración durante la entrevista o la exploración física y una actividad motora excesiva y peculiar. La presentación clínica de la catatonía puede ser desconcertante, ya que la alteración psicomotora puede oscilar entre una marcada falta de respuesta y una marcada agitación.

Factores Predisponentes

- **Genéticos:** la probabilidad de padecer esquizofrenia del 1 % entre la población general se elevaría a un 10% en los casos en los que uno de los padres sufre esta enfermedad y a 40 % si los dos padres la padecen.
- **Bioquímicos:** se han encontrado alteraciones en los niveles de algunos neurotransmisores tales como dopamina y serotonina.
- **Alteraciones durante el embarazo,** complicaciones en el parto

DELIRIUM Y DEMENCIAS

DELIRIUM

Criterios diagnósticos

A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).

B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.

C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).

D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.

E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Especificar si:

Delirium por intoxicación por sustancias:

Este diagnóstico debe establecerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

Delirium por abstinencia de sustancia:

Este diagnóstico solamente debe establecerse en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

DEMENCIA

- Síndrome de carácter orgánico y etiología múltiple, que da lugar a déficit cognitivos, motores y sociales muy diversos y que también implica cambios en la personalidad del sujeto.
- El deterioro cognitivo, lógicamente al limitar la capacidad intelectual del sujeto, va a originar desadaptación social

- Clásicamente el término «demencia» se utilizaba para designar el deterioro patológico de la inteligencia.
- Actualmente, dada la propia evolución de la Psicopatología, significa pérdida o deterioro de la capacidad cognitiva. En general se aplica a un conjunto de síntomas, que definen el llamado síndrome demencial

- Las diversas clasificaciones nosológicas (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, CIE-10) subrayan que la demencia incide negativamente en la capacidad de adaptación personal, social y laboral del sujeto (criterio de desadaptación) y que la duración de la sintomatología es de 3 a 6 meses

CONCEPTO DE DEMENCIA SEGÚN EL DSM-III-R	DEMENCIA SEGÚN LA CIE-10	CONCEPTO DE DEMENCIA SEGÚN EL DSM-IV
<p>A. Evidencia de trastorno de memoria.</p> <p>B. Al menos uno de los siguientes: 1. Alteración del pensamiento abstracto. 2. Alteración del juicio. 3. Otros trastornos de las funciones corticales superiores. 4. Cambio de personalidad.</p> <p>C. A y B interfieren con las actividades sociales o laborales.</p> <p>D. Alerta conservada (lo cual no ocurre en el delirium). E. Se presume o hay constancia de factor etiológico orgánico.</p>	<p>A. Presencia de cada uno de los siguientes aspectos: 1. Deterioro de la memoria. 2. Deterioro de las capacidades intelectivas.</p> <p>B. Ausencia de alteración de la conciencia.</p> <p>C. Deterioro en la conducta social, control emocional o motivación.</p> <p>D. Duración de la sintomatología por lo menos de seis meses.</p>	<p>A. Desarrollo de múltiples déficit cognitivos: 1. Alteración de la memoria. 2. Deterioro cognitivo manifestado al menos en: — afasia, — apraxia, — agnosia, — perturbación en funciones ejecutivas.</p> <p>B. Los déficit cognitivos (A1 y A2) interfieren significativamente con el trabajo o actividades sociales y ocasionan un deterioro del nivel previo de funcionamiento.</p> <p>C. El curso está caracterizado por un comienzo gradual y continúa el decline cognitivo.</p> <p>D. Los déficit cognitivos (A1 y A2) no se deben a otras condiciones: 1) del sistema nervioso que causan déficit progresivos en la memoria o cognición, como las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad de Parkinson, los tumores cerebrales, etcétera; 2) sistémicos (por ejemplo, hipotiroidismo, o 3) condiciones por uso de sustancias.</p>

- El primer criterio (criterio de desadaptación) permite clasificar la demencia como mínima, ligera, moderada y severa.
- El segundo criterio (criterio de cronicidad) permite diferenciarla de otros cuadros clínicos (delirium, depresión, alcoholismo).

- Estos criterios son relativos, así el de adaptación puede estar muy mediatizado por la cultura, de modo que en niveles culturales poco exigentes (por ejemplo, medio rural) sujetos con un importante deterioro cognitivo pueden no mostrar desadaptación personal y/o laboral. Igualmente, el criterio de cronicidad, aunque permite diferenciar la demencia de las lesiones cerebrales focales y de los síndromes convulsivos, puede favorecer que la demencia se solape con otros trastornos mentales como la depresión.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

ANOREXIA NERVIOSA

Criterios diagnósticos

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

- La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios.

- El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A). El peso corporal de los individuos a menudo cumple este criterio después de una pérdida de peso significativa, pero en los niños y en los adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal (mientras crece en estatura) en vez de una pérdida de peso.

- Muchas personas con anorexia nerviosa tienen signos y síntomas depresivos, como ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo, cuando tienen un peso muy bajo. Debido a que estas características también se observan en las personas que no presentan anorexia nerviosa pero que están bastante desnutridas, se puede deducir que muchas de las características depresivas pueden ser secundarias a las secuelas fisiológicas de la semihambre, aunque también podrían ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor.

- Otras características que a veces se asocian a la anorexia nerviosa son la preocupación por comer en público, la sensación de ineficacia, un fuerte deseo de controlar lo que les rodea, el pensamiento inflexible, una espontaneidad social limitada y una contención excesiva de la expresión emocional.

Bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

- La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.
- Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

- Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

- Los individuos con bulimia nerviosa se sienten típicamente avergonzados de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible.
- Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo o incluso dolorido, lleno. El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo.

- Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento.
- Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo tienen consecuencias a largo plazo, como la autoevaluación negativa y la disforia.

- Otra característica fundamental de la bulimia nerviosa es el uso recurrente de comportamientos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso, conocidos generalmente como comportamientos de purga o purgas.
- Muchos individuos con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones. Vomitar es el comportamiento compensatorio inapropiado más frecuente.

- Entre los efectos inmediatos de vomitar se encuentran el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso.
- En algunos casos, vomitar es una finalidad en sí misma y el individuo se atracará con el fin de vomitar, o vomitará después de ingerir una pequeña cantidad de comida.

- Los individuos con bulimia nerviosa pueden utilizar gran variedad de métodos para provocar el vómito, entre los que se encuentra el uso de los dedos o de instrumentos para estimular el reflejo nauseoso.
- Los individuos generalmente se tornan habilidosos para provocarse el vómito y finalmente son capaces de vomitar a voluntad.

- Otro comportamiento de purga es la utilización incorrecta de laxantes y diuréticos. En casos excepcionales también se pueden utilizar otros métodos compensatorios.
- Los individuos con bulimia nerviosa pueden usar enemas incorrectamente después de los episodios de atracones, pero éste raramente suele ser el único método compensatorio empleado. Las personas con este trastorno pueden tomar hormona tiroidea para intentar evitar ganar peso.

- Los individuos con bulimia nerviosa pueden ayunar uno o más días, o realizar ejercicio excesivo para intentar evitar el aumento de peso.
- El ejercicio se puede considerar excesivo cuando interfiere de un modo significativo con otras actividades importantes, cuando se realiza en momentos o en lugares inapropiados, o cuando se continúa haciendo a pesar de alguna lesión o a pesar de otras complicaciones médicas.

- Los individuos con este trastorno pueden parecerse mucho a los que sufren anorexia nerviosa por su miedo a ganar peso, por su deseo de perder peso y por el grado de insatisfacción con sus cuerpos. Sin embargo, no se debería hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa.