

NOMBRE: DELINA ESMERALDA PEREZ VILLATORO

PROFESOR: ANA ESTELI HIDALGO



MATERIA: SUPERVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

NOMBRE DEL TRABAJO: REPORTE DE LECTURA

GRADO: 9

GRUPO B

28 DE MAYO DE 2020

Patologías afectivas: signos y síntomas

En esta sección se podrán analizar los cambios a las diversas categorías propuestas para diagnosticar trastornos de ánimo, como por ejemplo lo es el trastorno bipolar se ha mejorado la precisión del diagnóstico para así poder facilitar su detección temprana pues ahora incluirá énfasis en la actividad y energía de la persona y no solamente en su ánimo.

También dentro de la categoría de otros trastornos bipolares y desordenes relacionados|| serán incluidas aquellas personas que, teniendo una historia de cuadros depresivos previos, pudieran presentar episodios de hipomanía incompletos, los que deben cumplir con alguna de las siguientes condiciones: una duración menor a la requerida de 4 días. . En su lugar se ha introducido un nuevo especificador: con características mixta, el que se puede aplicar a los episodios de manía o hipomanía, si es que existen rasgos depresivos presentes, y también a los episodios depresivos en el contexto de un trastorno depresivo mayor (unipolar) o trastorno bipolar, cuando se asocian características de manía o hipomanía.

Se espera que este cambio introduzca la posibilidad para los clínicos de detectar y diagnosticar pacientes con depresión, en riesgo de desarrollar episodios completos de trastorno bipolar, previniendo el riesgo que ello conlleva, respecto al tratamiento en el estudio STEP-BD se observó que no había mejoría alguna para el tratamiento de episodios mixtos con antidepresivos , dato que debe ser puesto entre paréntesis ya que se trataba de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, cursando depresión bipolar con síntomas maníacos asociados y que además se encontraban en tratamiento con un estabilizador

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos, incluyendo trastornos nuevos como el trastorno disruptivo por desregulación anímica y viejos conocidos, como el trastorno disfórico premenstrual. Se agrega un nuevo especificador para síntomas ansiosos específicos y se elimina el criterio de exclusión del duelo. El cuadro previamente conocido como distinta, será parte ahora del trastorno depresivo persistente, que además incluye al trastorno depresivo mayor crónico

Trastorno disruptivo

El trastorno disruptivo por desregulación anímica sería una respuesta al sobre diagnóstico (y sobre tratamiento) de pacientes menores de 18 años por trastorno bipolar. Este se caracterizaría por frecuentes y severos problemas emocionales y de conducta

El nuevo DSM-5 excluye este criterio, lo que no ha estado exento de polémica. Algunos autores criticaron la medida arguyendo que se estaría medicalizando|| una condición propia de la experiencia humana, y a la vez generadora de resiliencia en su proceso, quizás entendiendo que con la eliminación de este criterio se homologaba depresión con duelo. Esto motivó inclusive una carta en respuesta del comité editorial del DSM-515. Con frecuencia ocurre que si la manifestación del duelo es considerada como normal, la persona podría recibir sólo hipnóticos y tranquilizantes

menores, en cambio si se realiza el diagnóstico de depresión, debiera iniciarse un tratamiento con antidepresivos. En estas condiciones el duelo y el concepto de lo reactivo, situacional o psicogénico se convierte en un serio problema diagnóstico, puesto que impedirá el adecuado tratamiento. La evidencia disponible no encuentra mayores diferencias entre la depresión causada por otros factores y aquella causada por duelo, tanto en sus síntomas y efectos cognitivos, como en su respuesta a tratamiento. Además se estima que sólo un 20% de las personas que cursan con duelo cumplen los criterios para depresión

Patologías neuróticas: signos y síntomas

los trastornos neuróticos como todo tipo de trastornos mentales que tienen un teórico origen psicológico, en los cuales el juicio de realidad es totalmente correcto en todo momento y que los síntomas se consideran de gravedad menor. Estas evidencias recalcan el hecho de que en algunos trastornos tienen fundamento biológico y no solo psicológico, el juicio de realidad en algunos casos es dudoso y hay ocasiones que sus síntomas acarrear causas más graves, como por ejemplo depresión.

Trastorno de ansiedad. TA por separación. Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativo al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de 3 manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares

Mutismo Selectivo.

Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos). ☑ Duración mínima de 1 mes

Fobia específica.

Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.

TA Social

Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores. Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público)

Trastorno de Angustia Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la

aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y des adaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia

Los trastornos somatomorfos Son trastornos cuya principal queja proviene de un síntoma en concreto. Podemos diferenciar los siguientes tipos:

Trastorno por somatización:

Conocido también como síndrome de Briquet y es una de las formas de histeria más conocidas.

Trastorno por dolor: Es similar al anterior pero su queja procede únicamente del dolor.

Trastorno hipocondríaco: Es el miedo a padecer una enfermedad grave. ☒ Trastorno dismórfico:

Parecido a la hipocondría pero su máximo preocupación es una característica o defecto físico prácticamente inexistente (mal olor corporal, por ejemplo).

Trastorno conversivo: Se caracteriza por tener presencia de signos que afectan a funciones motoras y sensoriales. Los trastornos disociativos Se caracterizan principalmente por una pérdida del sentido unitario de la conciencia. Los más conocidos son:

Trastorno por amnesia disociativa: El paciente es incapaz de recordar información personal importante.

Trastorno por fuga disociativa: Mezcla una alteración de la conducta con amnesia del pasado del paciente en situaciones estresantes.

Trastorno de identidad disociativa: Más conocido como personalidad múltiple, este trastorno se caracteriza porque en el paciente coexisten varias personalidades.

Trastorno por despersonalización: En él, el paciente se siente separado de su cuerpo y de su mente. Los trastornos facticios y simulación Su principal característica es que el paciente se inventa síntomas o se produce síntomas de enfermedad de forma voluntaria. Dentro de estos trastornos destacamos dos:

Trastorno facticio: Son pacientes que tienen la necesidad de ser un enfermo y de estar cuidados por otras personas. La forma más grave es el llamado síndrome de Münchhausen.

Simulación: La persona tiene un interés, ya sea económico o legal, en ser un enfermo, con lo que se lo provoca. Los trastornos del control de los impulsos Todos los trastornos de control de los impulsos tienen en común varias cosas. La primera de ellas es la dificultad de resistirse a un impulso, la segunda es el aumento de tensión antes de cometer el acto y por último la sensación de plenitud y placer al cometer el acto.

Patología de la conducta: signos síntomas.

En el DSM-5 se han cambiado varias cuestiones con respecto a su anterior versión:

Se ha mantenido el nombre del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y del Trastorno negativista desafiante, pero ha cambiado el nombre del Trastorno disocial a Trastorno de la conducta

Se ha modificado un trastorno que en el DSM-IV estaba recogido en los Trastornos del control de los impulsos, el Trastorno explosivo intermitente, especificando mejor sus síntomas y condicionantes y precisando que la edad mínima para su diagnóstico son los 6 años.

En general, no ha habido cambios en los criterios diagnósticos de los tres trastornos que se encontraban en el DSM-IV, más allá de leves cambios en la redacción. Los cambios que sí se han presentado en el DSM-5 con respecto a dichos trastornos

En el caso del TDAH, cambia la edad a partir de la cual se exige que estuvieran presentes algunos síntomas de inatención o hiperactivo impulsivos, que se retrasa de los 7 años (en el DSM-IV) a los 12 años (en el DSM-5). Los criterios diagnósticos del Trastorno negativista desafiante se presentan agrupados en tres categorías (enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante, y vengativo).

Por último, en relación al antiguo Trastorno disocial, ahora denominado Trastorno de la conducta, se ofrece en el DSM-5 una diferenciación en función de si el trastorno se da con los siguientes especificadores: con emociones prosociales limitadas; falta de remordimientos o culpabilidad; insensible, carente de empatía