



MATERIA SUPERVISION DE CASOS

NOVENO CUATRIMESTRE

LIC. PROFRA ANA ESTELI HIDALGO MARTINEZ

ALUMNA NELSI PATRICIA NAJERA AGUILAR

COMITAN, CHIAPAS MAYO 2020

2.3 AL 2.5pag.

PATOLOGIAS AFECTIVAS: SIGNOS Y SINTOMAS

En esta lectura daremos a conocer los cambios significativos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5I, en el trastorno de ánimo, se excluyen algunos constructos diagnósticos, a la vez que aparecen nuevos se quitan algunos importantes criterios de exclusión, a la vez que se incorporan nuevos especificadores. Se conocerán diversas categorías, diagnosticas de los trastornos de ánimo, críticas y controversias surgidas en la comunidad médico- científica.

Trastorno Bipolar.

El criterio A para episodios maníacos e hipomaníacos, progreso de la actividad y la energía y no solamente en el estado de ánimo.

En las categorías de “otros trastornos bipolares y desordenes relacionados” serán incluidas las personas que presenten episodios de hipomanía “incompletos” y deben cumplir con alguna de las siguientes condiciones: una duración menor a la requerida (4 días consecutivos). Que presenten todos los síntomas, o bien una duración adecuada asociada con un menor número de síntomas.

No más episodios Mixtos.

Controversia en la eliminación del DSM-IV de trastorno bipolar tipo I, episodio mixto, que se requería que se cumpliera para un episodio maniaco y aquellos con episodio depresivo mayor (excepto la duración) en su lugar se introdujo un nuevo especificador “con características mixtas” en el que se puede aplicar los episodios de manía o hipomanía, si existen rasgos depresivos presentes y en los episodios depresivos en el contexto de un trastorno depresivo mayor (unipolar) o trastorno bipolar, cuando se asocien características de manía o hipomanía. Es un aproximación el DSM5 llamada “categoría-dimensional”. Krepelin lo describía entre episodios depresivos y maniacos.

Se confunde uno pues implica cambios no solo en el diagnóstico de “estados mixtos” sino que introduce desafíos a nivel investigación, enseñanza y políticas de salud pública.

Episodios mixtos serian sub-sindromáticos, pasan desapercibidos. Los criterios para el DSM-IV. Para episodios depresivos con características mixtas, las prevalencias van desde un 20 a un 70% dependiendo de los criterios usados.

Se espera diagnosticar pacientes con depresión, e riesgo de desarrollar episodios completos de trastorno bipolar, previniendo el riesgo que con ello lleva.

Para los pacientes con depresión con características mixtas se usaron antidepresivos, estabilizadores o antipsicóticos atípicos (se hicieron estudios y nuevos criterios). Para el

estudio STEP-BD se observó que no había mejoría alguna para el tratamiento de episodios mixtos con antidepresivos y se trataba con pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar cursando depresión bipolar con síntomas maníacos asociados y que además se encontraban con tratamiento con un estabilizador.

Trastorno Depresivo. El DSM-V incluye cambios nuevos como el trastorno disruptivo por desregulación anímica y viejos conocidos como el trastorno disforico premenstrual, agrega un especificador con síntomas ansiosos específicos y se elimina el concepto de exclusión de duelo. El cuadro conocido como distimia será el trastorno depresivo persistente, que además incluye trastorno depresivo mayor crónico

Trastorno disruptivo por desregulación anímica es una repuesta al sobre diagnóstico de pacientes menores de 18 años por trastorno bipolar. Se caracteriza por frecuentes y severos problemas emocionales y de conducta, en el cual la característica central crónica sería la irritabilidad crónica y (no la episódica) que estaría más conectada con depresión monopolar. Que bipolar y se analiza la relación la relación entre irritabilidad en niños y adolescentes tempranos y la emergencia de patologías psiquiátricas a largo plazo. Se asociara con severas explosiones de ira por lo menos entre niños de 6 y los 10 años.

El trastorno disforico- premenstrual, para su diagnóstico se requiere por lo menos de 5 síntomas de una serie de II. Las mujeres con enfermedad bipolar con frecuencia sufren de trastorno disforico premenstrual lo que se replantea alguna similitud clínica entre este trastorno y una enfermedad bipolar. Se agregan los episodios depresivos relacionados con la ansiedad.

El nuevo DSM-5 excluye estos criterios, quizá entendiéndose que con la eliminación de este criterio se homologaba la depresión con duelo. Con frecuencia ocurre que si la manifestación con duelo es considerada como normal, la persona podría recibir hipnóticos y tranquilizantes menores, en cambio si se realiza el diagnóstico de depresión, debería 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 de 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 el duelo, tanto en sus síntomas y efectos cognitivos, como su respuesta en tratamiento. Se estima que solo un 20% de las personas que cursando duelo cumple los criterios de depresión.

Patologías neuróticas, signos y síntomas

Se definían como los trastornos mentales. Es por eso que se recalca que algunos trastornos tienen fundamento biológico y no solo psicológico.

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 se une un vínculo estrecho, y que evidencia en un mínimo de 3 manifestaciones clínicas centradas en preocupación malestar psicológico, subjetivo, rechazo a quedar solo en casa desplazarse a otros lugares.

Mutismo selectivo Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que se haga, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos) duración mínima de un 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 la 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 Única relacionada con la ejecución en caso de que el miedo fóbico este restringido a hablar o actuar en público.

El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Trastorno de Angustia

Presencia de crisis de angustia inesperada recurrentes, mínimo un mes de inquietud y preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con la crisis de angustia.

Agorafobia

Miedo o ansiedad aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafobias (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colar o estar en medio de una multitud y/o estar solo fuera de casa) que además, se evitan activamente, requieren de compañía y lo soportan a costa de miedo o ansiedad.n

El miedo, la ansiedad o la evitación deben de estar presentes un mínimo de 6 meses.

TA Generalizada

Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultad para controlar, sobre diversos acontecimiento o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica. Debe de estar por lo menos 6 meses.

Trastorno obsesivo –compulsivo.

Son obsesiones que producen malestar general. Obsesión de contaminación con compulsiones de lavado y obsesión de duda con compulsiones de comprobación.

Los trastornos somatomorfos

Proviene de un síntoma en concreto se diferencian los siguientes:

- **Trastorno por somatización.** conocida por síndrome Briquet (histeria)
- **Trastorno por dolor** es igual que la anterior, pero su queja procede del dolor.
- **Trastorno hipocondriaco.** Miedo a padecer enfermedad grave
- **Trastorno dismorfico.** Se parece a la hipocondría su preocupación es defecto físico o característica ej mal olor corporal
- **Trastorno conversivo** presencia de signos que afectan funciones motoras y sensoriales.
- **Trastornos disociativos.** Pérdida del sentido unitario de conciencia los más conocidos son:
- **Trastornos por amnesia disociativa.** Incapacidad 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 por identidad disociativa.** Más conocido como personalidad múltiple.
- **Trastorno por despersonalización.** El paciente se siente separado de su cuerpo y mente.
- **Trastornos facticios y simulación.** Inventa síntomas o se produce síntomas de enfermedad en forma voluntaria
- **Trastorno facticios.** Sienten la necesidad de ser un enfermo y de estar cuidados por otra persona. Los más graves es el llamado síndrome de Múchhausen
- **Trastornos por simulación.** La persona tiene un interés, ya sea económico o legal, en ser un enfermo con lo que se lo provoca.

- **Trastornos por control de impulsos** se resiste a un impulso, y aumento d tensión antes de cometer el acto y por último la sensación de plenitud y placer al cometer el acto.

Patología de la conducta: signos y síntomas

- 1.- Los tres trastornos que recogía el DSM-IV siguen existiendo, pero dependen de categorías distintas.
- 2.- se ha mantenido el nombre de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y del trastorno negativista desafiante, pero ha cambiado el nombre de trastorno disocial a trastorno de conducta.
- 3.- Se ha modificado un trastorno en el DSM-IV estaba recogido en el trastornos de control de los impulsos, e Trastorno explosivo intermitente, especificando mejor sus síntomas y condicionantes y precisando que la edad mínima para su diagnóstico son 6 años.
- 4.- En general no ha habido cambios en los criterios diagnósticos de los tres trastornos que se encontraban en el DSM-IV, mas allá de leves cambios en la redacción. Los cambios que se han presentado en el DSM5 con respecto a dichos trastornos se resumen a continuación:
 - *En los casos del TDAH, cambia la edad partir de la cual se exige que estuvieran presente a algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos, que retrasa de los 7 años en (DSM-IV) a los 12 años en el DSM-5.
 - *Los criterios diagnósticos del Trastorno negativista desafiante se presentan agrupados en tres categoría (enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante, y vengativo), pero no se exige un número mínimo de criterios de cada categoría, por lo que esta agrupación no afecta al diagnóstico. Además aparece una nota aclaratoria sobre la intensidad y la frecuencia en la que deben aparecer los síntomas según la edad del menor que resulta interesante.
 - *El trastorno disocial, denominado trastorno de conducta, se ofrece en el DSM-5 en función si el trastorno se da con lo siguientes especificadores: con emociones prosociales, limitadas: falta de remordimientos o culpabilidad, insensible, carente de empatía; desocupado por su rendimiento, o afecto superficial deficiente.

