

**ACTIVIDAD:
REPORTE DE LECTURA
TEMAS DEL 2.3 AL 2.5**

ASIGNATURA
SUPERVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

CATEDRÁTICA
HIDALGO MARTÍNEZ ANA ESTELÍ

ALUMNO
ROGER ADHEMIR FUENTES ARGUELLO

GRADO
NOVENO

GRUPO
"A"

SISTEMA
CUATRIMESTRAL

MODALIDAD
SEMIESCOLARIZADO

DÍA
SÁBADO

REPORTE DE LECTURA

Tema 2.3.- Patologías Afectivas: Signos y Síntomas.

Como todos sabemos la herramienta fundamental cuando de trastornos se trata es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que actualmente está en uso la versión 5, y esta versión ha traído cambios que se consideran importantes sobre todo cuando abordamos el tema de los trastornos del ánimo, y obviamente encontramos actualizaciones que implican agregar, como modificar o eliminar criterios o especificadores o inclusive volver a integrar conceptos anteriores, pero al final debe de cumplir con lo más fundamental y esa es la confiabilidad.

Para fines de la comprensión de los cambios que se consideran importantes en esta versión, nos enfocaremos específicamente a las diversas categorías diagnósticas de los trastornos del ánimo.

En lo que corresponde al Trastorno Bipolar, podemos mencionar dentro de lo importante tenemos una mejor precisión así como recursos para la detección temprana, en el Criterio “A” para episodios Maniacos e Hipomaniacos ya encontraremos criterios que nos permitirán evaluar la evolución de la actividad y la energía que no encontrábamos en el DSM IV que iniciaba directamente con el trastorno bipolar I y con solo la mención de los episodios maniacos o episodios mixtos sin mayor énfasis.

En cuanto a los “otros trastornos bipolares y desordenes relacionados” ya podremos encontrar antecedentes de cuadros depresivos a lo largo de la vida y mayores especificaciones y características con respecto a la presencia de los episodios hipomaniacos

Otro cambio importante que hace referencia a lo que comentaba anteriormente sobre la presencia de los episodios mixtos mencionados en la versión IV y que ahora esa presencia ya no la encontramos en ésta última versión, en cambio encontramos el nuevo especificador de “con características mixtas” que podemos usar para los episodios de manía o hipomanía, el espectro de afectación en esta modificación va más allá del simple cambio, hablamos de muchas implicaciones que se deben resolver para reubicar los conceptos y trabajar con la nueva naturaleza de los términos y sus implicaciones, pese a los avances o la modificaciones aún hay oportunidades para mejorar y que se esperan para las nuevas revisiones, Sigue quedando pendiente la deuda con la incorporación de otras variables que ayuden al diagnóstico, como son los descriptores del curso de la enfermedad (curso personal) y, de forma muy relevante, de la heredabilidad (curso genealógico), los que reconocidamente aumentan la probabilidad de llegar a un diagnóstico correcto.

Son estos cambios precisamente los que traen retos en el proceso de diagnóstico en lo referente a los estados mixtos y el nivel al que nos referíamos de implicaciones impacta consecuentemente a todo lo relacionado con el tratamiento (incluido el farmacológico para

determinados casos), la investigación, enseñanza y finalmente en políticas de salud pública. Considero que es muy importante mantener constantemente la preocupación por la actualización, sobre todo cuando surgen los nuevos materiales como la versión “V” y que así como funciona en medicina, en lo fiscal, tener la obligación de ir a la vanguardia con el tiempo.

En cuanto a las novedades que trae consigo la última versión incluye los trastornos depresivos, como trastornos nuevos, tal es el caso del trastorno disruptivo por desregulación anímica y otros anteriores como el trastorno disfórico premenstrual, Se agrega un nuevo especificador para síntomas ansiosos específicos y se elimina el criterio de exclusión del duelo. Distimia será parte de “trastorno depresivo persistente”, que además incluye al trastorno depresivo mayor crónico.

Son varios los cambios que se proponen en esta nueva versión que fue publicada el 18 de mayo de 2013 y reemplazó al DSM-IV-TR, publicado en el 2000. Desde 1952 que surge el DSM-I y en cada versión posterior se ha ido haciendo una serie de cambios con la que se busca mejorar la utilidad clínica, la confiabilidad y la validez aprovechando los conocimientos a través del tiempo y mejorar la comprensión de los diferentes trastornos en el que obviamente se tratan de corregir las versiones tratando de crear cada vez mejores depuraciones y agregando los elementos que garanticen una mejor base para la práctica.

Dentro de los principales cambios que podemos encontrar tenemos:

- Cambios en terminología con mismos significados
- Incorporación de nuevos trastornos
- *Los Trastornos psicóticos*
- *Se hace una división de la sección de Trastornos afectivos en dos unidades, una en Espectro bipolar y trastornos relacionados y la otra en Trastornos depresivos.*
- *En la categoría de los Trastornos depresivos, el duelo no excluye el diagnóstico de depresión.*
- *El espectro Obsesivo Compulsivo, una nueva categoría diagnóstica*
- *Los Trastornos somatomorfos* sufrieron múltiples modificaciones: En primer lugar, su nombre cambia por Trastornos por síntomas somáticos
- *Los Trastornos de personalidad* mantienen los mismos subtipos y clusters en la sección I. Sin embargo, la sección III incluye un enfoque alternativo para el diagnóstico de trastornos de la personalidad que se llama Modelo dimensional categórico híbrido alternativo.

Por otro lado no podemos descartar también la serie de intereses que se esconden en medio de las diferentes versiones que por lo regular mantienen de fondo el poder económico y

farmacéutico, sin embargo hay que destacar el impacto también positivo que existe sobre la misma práctica clínica.

2.4.- Patologías Neuróticas: Signos Y Síntomas.

Cuando hablamos de los trastornos neuróticos, podemos ver la misma evolución del concepto a través del tiempo y se van ampliando los espectros conforme los estudiosos ponen a prueba y evidencia la validez de los significados, dentro de ellos el factor biológico y no exclusivamente psicológico.

Dentro de las patologías Neuróticas podemos ver:

Trastornos de ansiedad:

Son todos aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos así como alteraciones conductuales asociadas, para esto es importante separar lo que podemos llamar miedo de aquello que podemos llamar ansiedad, y haciendo referencia al primero vemos que es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que el segundo es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Dentro del apartado de los trastornos de ansiedad podemos encontrar:

TA por separación:

Es un miedo o ansiedad excesiva relacionada al hecho de tener que separarse de aquella persona con la que siente el mayor vínculo o apego y que se muestra en al menos tres manifestaciones, cuando se prevé o se vive una separación del hogar o del objeto de apego, preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de la pérdida de las figuras de apego, o la preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de un acontecimiento adverso que cause la separación, entre otros puntos que al final reflejan la misma asociación.

Mutismo Selectivo:

Es la imposibilidad de establecer o entablar un dialogo con personas ajenas (timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social...) tienen problemas en las interacciones sociales, a diferencia con su entorno más cercano.

Fobia específica

Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre) en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse

TA Social

Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. (El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses).

Trastorno de Angustia (DSM-IV)

Este se presenta de forma inesperada y recurrente y por lo menos un mes de preocupación por la repetición de la experiencia.

Agorafobia:

Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes

1. Uso del transporte público
2. Estar en espacios abiertos
3. Estar en sitios cerrados
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo

TA Generalizada.

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) y que su presencia es mayor a su ausencia, durante un mínimo de seis meses.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Éste es un trastorno mental que puede ser crónico en el que la persona tiene pensamientos (intrusivos) no deseados recurrentes (obsesiones) y, en respuesta a estas obsesiones, tienen comportamientos (compulsiones) que siente la necesidad de repetir una y otra vez, una especie de rituales.

Los trastornos somatomorfos

La característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica pero focalizado en un síntoma concreto, dentro de éste podemos encontrar:

Trastorno por somatización (anteriormente conocido como histeria o síndrome de Briquet). Se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor.

Trastorno por dolor:

Su queja procede únicamente del dolor

Trastorno hipocondríaco

Es una preocupación y miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

Trastorno dismórfico.

Es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico

Trastorno conversivo

Consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico.

Los trastornos disociativos

Consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. En esta sección podemos encontrar:

Trastorno por amnesia disociativa:

Incapacidad para recordar información personal importante

Trastorno por fuga disociativa

Encontramos una alteración de la conducta (viajes repentinos, lejos del hogar...) y la presencia de una amnesia que es una incapacidad para recordar el pasado del paciente.

Trastorno de identidad disociativa:

Se caracteriza por que en el paciente conviven o coexisten uno o más estados de identidad o personalidades.

Trastorno por despersonalización

Existe la sensación de estar separado de su mente y su cuerpo, esto mientras conserva el sentido de realidad.

Los trastornos facticios y simulación

Acá el paciente inventa síntomas de forma voluntaria, se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos

Dentro de estos trastornos destacamos dos:

Trastorno facticio: el paciente siente la necesidad de ser un enfermo y estar bajo el cuidado de alguien.

Simulación. Por intereses personales de carácter económico o legal se provoca su posición como enfermo adoptando el padecimiento.

Los trastornos del control de los impulsos, acá las características en común es una incapacidad o dificultad para controlar los impulsos, presencia de tensión antes de cometer el acto producto del impulso, y por último la experiencia del placer en la comisión.

2.5.- Patología de la conducta: signos síntomas.

Podemos encontrar diferencias o cambios en esta última versión en comparación con su antecesor de los cuáles se recogen los más significativos como por ejemplo:

Conservación de los tres trastornos pero la condiciones determinantes dependen de categorías distintas, se conserva el nombre de TDAH y del trastorno negativista desafiante, sin embargo no pasa lo mismo con el trastorno disocial que se modifica por el de trastorno de la conducta, para el caso del Trastorno explosivo intermitente existen mejoras para su determinación inclusive ya se tienen especificaciones que lo facilitan y describen mejor, en general, cambios en la redacción sin mayor profundidad. Aunque en algunos casos cambios en términos de edad (TDAH) y algunos especificadores, cabe aclarar que se está trabajando en una contrastación entre el DSM V con respecto al IV.

Es importante para mí mencionar, que en lo que respecta a la especificidad de los cambios entre las versiones del DSM, así como en los comentarios que los complementan, existen varias fuentes, en las que se pueden consultar, sin embargo a mi forma de ver, siento (desde mi perspectiva de estudiante, sin experiencia) que se presta para varias confusiones debido a las limitaciones en mi particular cosmovisión, por lo que en un estado de mayor holgura en tiempo podré comprender más a fondo el impacto y las implicaciones en los elementos contrastados.