



Especialidad: psicología

Nombre del alumno: Gerardo Vidal Vázquez

Materia: psicopatología

Tarea: resumen

#### antecedentes de la psicopatología

para iniciar hablar de la historia de la psicopatología se hace necesario puntualizar que muchos de los conceptos y explicaciones dadas a las diferentes manifestaciones psicopatológicas de cada época están basadas en el momento histórico, la cultura, las áreas de estudio o puntos de vista, algunos de ellos como la filosofía, la medicina, la ciencia, la religión, lo social, la alquimia, el misticismo, entre otros; y que han contribuido a su desarrollo como los son la psicología y la psiquiatría, el concepto de enfermo mental ha dado un giro al punto que hoy en día es más apropiado llamar trastornados a quienes antes eran considerados "poseídos, locos, alienados o enfermos", el cambio de concepto se ha dado en función de las doctrinas epistemológicas y tendencias religiosas, sociales, culturales, filosóficas y científicas imperantes en ciertos momentos y contextos históricos que mencionaré a grosso modo a lo largo de este trabajo y en el siguiente orden: \*demonología, de carácter religioso se sostiene que la conducta anormal se puede explicar mediante la operación de fuerzas sobrenaturales denominadas "demonios" o espíritus malignos, donde la mejor terapia contra este mal era el exorcismo aplicado por los representantes divinos en la tierra con técnicas como la magia y la oración. en los primeros tiempos de la cultura griega, la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura, dentro de esta tradición, la locura era el resultado de la posesión de los espíritus malignos personificados por dos diosas, manía y lisa, que eran enviadas por los dioses en estado de cólera (mora, citado por Belloch y otros, 2000, los griegos fueron los primeros en separar el estudio de la mente con la religión. atribuyen el origen de las enfermedades psíquicas a un origen natural. buscaron la base de una ciencia real de la enfermedad, investigaron la conexión entre la causa y efecto e introdujeron 3 tratamientos psicológicos: introducción al sueño, interpretación de los sueños, dialogo con el paciente. edad media. en esta época se cree que las enfermedades mentales son producto de brujería, pactos con el diablo o posesiones demoníacas; sin embargo, hubo también avances más enfocados a la ciencia. si bien esta es una época caracterizada por el poco avance científico, también hubo pensadores que hicieron grandes aportes a la psicología y psicopatología en este periodo. expresión en cinco corrientes principales del pensamiento, conceptos metafísicos (el inconsciente comparado con la voluntad por los filósofos Schilling y Schopenhauer). conceptos biológicos (inconsciente fisiológico de von Hartmann). conceptos basados en la psicología profunda (de carácter místico, mesmeriano y parapsicológico. por su parte, Schubert destaco en su trabajo sobre los sueños (1837) el simbolismo del inconsciente, anticipando a ciertos puntos de vista freudianos y jungiano). concepto del inconsciente dinámico (se desarrolló como algo concomitante con la hipnosis por un grupo de médicos de la escuela francesa.

## 1.2 concepto de psicopatología

la psicopatología es la ciencia que estudia la etiología y las características de los trastornos psicológicos. es una ciencia a la que nos hemos de acercar desde un modelo multidisciplinar, ya que se nutre de disciplinas científicas diversas, como la psicología, la biología, la neurología, la genética, la fisiología, la sociología y la antropología. todas estas disciplinas contribuyen a la elaboración de la psicopatología, y probablemente ninguna de ellas se baste por sí sola para explicar los fenómenos anormales. el objeto de la psicopatología se puede considerar, por tanto, amplio y complejo (belloch, sandín y ramos. 2008). en primer lugar, será necesario describir y conocer el fenómeno psicopatológico, para posteriormente poder buscar explicaciones que den cuenta de los factores que pueden predisponer, precipitar o mantener los comportamientos o las dificultades mentales alteradas. conocer e identificar estos factores favorecerá asimismo el poder predecir la aparición, el curso o la evolución de los trastornos. en sentido general, la disciplina trata de establecer leyes universales que den cuenta y expliquen muchos y distintos tipos de alteraciones. sin embargo, la búsqueda de principios generales no debe ocultar que la finalidad última de la psicopatología es el sujeto individual por lo que los principios generales sólo serán útiles si se pueden aplicar a personas concretas.

### 1.6 clasificación y diagnóstico en psicopatología

se entiende por clasificación cualquier procedimiento utilizado para construir agrupaciones o categorías y para asignar entidades (en nuestro caso trastornos o conductas anormales) a dichas categorías, en base a atributos o relaciones comunes. el proceso de asignación de una entidad a una determinada categoría del sistema de clasificación es conocido en biología como identificación. en medicina y en psicopatología, el proceso de asignación de determinados atributos clínicos, o de pacientes que manifiestan dichos atributos, a una categoría del sistema de clasificación se conoce como diagnóstico. el término taxonomía hace referencia al estudio sistemático del proceso de clasificación; es decir, a la lógica, los principios y los métodos utilizados en la construcción de un sistema clasificatorio, así como a las reglas utilizadas para la identificación de las entidades. cuando las entidades a clasificar son enfermedades o trastornos, es decir, cuando se trata de construir una taxonomía de fenómenos patológicos, se habla de nosología. aunque frecuentemente se utilizan en el ámbito clínico los términos clasificación y nosología de manera indistinta, propiamente la nosología supone una organización basada en supuestos teóricos sobre la naturaleza de la enfermedad, la clasificación psicopatológica pretende proporcionar al científico y al clínico importantes ventajas; lo cual tiene lugar cuando cumple los requisitos metodológicos exigidos a toda taxonomía. blashfield (1984) destaca las siguientes: a) aportar una nomenclatura y terminología común que facilite la comunicación y favorezca la fiabilidad; b) servir de base acumulativa de documentación e información sobre cada categoría clínica; c) suministrar información descriptiva de cada una de las entidades clínicas básicas; d) permitir hacer predicciones desde una perspectiva longitudinal, y e) suministrar los conceptos básicos para hacer formulaciones teóricas. hersen (1988) refiere, además, que la clasificación en psicopatología debe responder a diversos propósitos de naturaleza científica y también política, entre ellos: a) la organización de comportamientos o síntomas; b) la comunicación entre investigadores y clínicos; c) la determinación del tratamiento o procedimiento terapéutico aplicable a cada categoría clínica, como desiderátum a alcanzar, aunque todavía no sea posible en muchos casos; d) la determinación del estatus legal del paciente en base a su funcionamiento y competencia, y e) la determinación del reembolso económico a los profesionales que prestan servicios por parte de los seguros sanitarios o agencias externas. la noción de categorías clínicas se apoya en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes compartidos; por ejemplo, agrupaciones de signos y síntomas regulares. sin embargo, la clasificación de los sujetos en categorías de ninguna manera niega la existencia de otras diferencias mutuas. la concomitancia o presencia simultánea en el tiempo de diversos atributos y características clínicas en las personas podría deberse, en opinión de millón (1987), a factores temperamentales y experiencias tempranas que conducen al desarrollo de estructuras y funciones psicológicas de aparición posterior (conductas, actitudes, afectos o mecanismos). por otra parte, cabe la posibilidad de que la posesión de estas características iniciales pueda poner en marcha diversas experiencias vitales que modulan la adquisición de atributos psicológicos en una cadena secuencial. un determinado origen común, así como relaciones de consecuencia, aumentan la probabilidad de que determinadas características psicológicas se combinen con otras más específicas, dando lugar a conjuntos de síntomas observables de forma repetitiva, que denominamos síndromes clínicos.

### 1.7 análisis de los fenómenos psicopatológicos

en este apartado se trataría de considerar una parte de la psicopatología aplicada o clínica. durante una exploración clínica, ante un paciente concreto conviene tener un esquema que ayude a poner de manifiesto las diversas dimensiones de cada uno de los fenómenos psicopatológicos. la finalidad del clínico no será poner un rótulo o una etiqueta diagnóstica a la persona que le ha pedido ayuda. la formación del profesional de la salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) no debe limitarse, por tanto, a conocer las distintas anomalías mentales y del comportamiento, y a saber qué cuadro conforman cuando aparecen conjuntamente. el análisis detallado y preciso de una serie de aspectos de la alteración que presenta y de los aspectos sanos que mantiene será lo que facilite una intervención terapéutica más eficaz: así se podrán conseguir datos de valor que facilitarán un mejor juicio diagnóstico, explicativo, de pronóstico y que orientará en el tratamiento. las propiedades del fenómeno psicopatológico que se deben tener en cuenta, según gradillas (1998), podrían ser las indicadas a continuación. la conciencia de anomalía el autoconocimiento que la persona tiene de sí mismo y del trastorno será uno de los aspectos principales que ayudará en el análisis de la alteración. el que la persona tenga conciencia o no será en primer lugar lo que hará que acuda al clínico por sí mismo o sea llevado por algún familiar, aspecto fundamental a la hora de su colaboración en el tratamiento. la falta de conciencia de su alteración puede ir desde no darse cuenta de algunos aspectos de su problema, algo habitual en todos los casos, pero tener capacidad para ir valorándolos junto con el terapeuta y enfrentándose a esos aspectos que le traen problemas en su vida diaria, hasta el extremo de no ser consciente en absoluto de reacciones patológicas y que son claramente identificables para cualquier observador externo. en ocasiones, el sujeto puede haber observado su anomalía, pero, sin embargo, considerarla normal. así, el cansancio característico de la depresión puede ser interpretado por el paciente como producto de su pereza y crearle más intranquilidad; en otros casos, como en algunos tipos de esquizofrenia o en la anorexia nerviosa, la persona puede extrañarse de que otros consideren anormal su comportamiento.

1.7 análisis de los fenómenos psicopatológicos 24 en este apartado se trataría de considerar una parte de la psicopatología aplicada o clínica. durante una exploración clínica, ante un paciente concreto conviene tener un esquema que ayude a poner de manifiesto las diversas dimensiones de cada uno de los fenómenos psicopatológicos. la finalidad del clínico no será poner un rótulo o una etiqueta diagnóstica a la persona que le ha pedido ayuda. la formación del profesional de la salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) no debe limitarse, por tanto, a conocer las distintas anomalías mentales y del comportamiento, y a saber qué cuadro conforman cuando aparecen conjuntamente. el análisis detallado y preciso de una serie de aspectos de la alteración que presenta y de los aspectos sanos que mantiene será lo que facilite una intervención terapéutica más eficaz: así se podrán conseguir datos de valor que facilitarán un mejor juicio diagnóstico, explicativo, de pronóstico y que orientará en el tratamiento. las propiedades del fenómeno psicopatológico que se deben tener en cuenta, según gradillas (1998), podrían ser las indicadas a continuación. la conciencia de anomalía el autoconocimiento que la persona tiene de sí mismo y del trastorno será uno de los aspectos principales que ayudará en el análisis de la alteración. el que la persona tenga conciencia o no será en primer lugar lo que hará que acuda al clínico por sí mismo o sea llevado por algún familiar, aspecto fundamental a la hora de su colaboración en el tratamiento. la falta de conciencia de su alteración puede ir desde no darse cuenta de algunos aspectos de su problema, algo habitual en todos los casos, pero tener capacidad para ir valorándolos junto con el terapeuta y enfrentándose a esos aspectos que le traen problemas en su vida diaria, hasta el extremo de no ser consciente en absoluto de reacciones patológicas y que son claramente identificables para cualquier observador externo

## unidad II trastorno bipolar y relacionados y trastornos depresivos

el trastorno bipolar y los trastornos relacionados están, en el dsm-5, separados de los trastornos depresivos y situados entre el capítulo dedicado al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y el dedicado a los trastornos depresivos, en reconocimiento de su condición de puente entre las dos clases diagnósticas en términos de sintomatología, historia familiar y genética. los diagnósticos incluidos en este capítulo son los de trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, y trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado. los criterios del trastorno bipolar I representan la conceptualización moderna del clásico trastorno maníaco-depresivo o psicosis afectiva que se describió en el siglo XIX, diferenciándose de la descripción clásica sólo en que ni la psicosis, ni la experiencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida son requisitos. sin embargo, la mayor parte de los individuos cuyos síntomas reúnen los criterios del episodio maníaco sindrómico completo también experimenta episodios depresivos mayores durante el curso de sus vidas. el trastorno bipolar II, que requiere la presencia a lo largo de la vida de, al menos, un episodio de depresión mayor y, al menos, un episodio hipomaniaco, se ha dejado de considerar una afección "más leve" que el trastorno bipolar I, en gran parte por la cantidad de tiempo que los individuos con esta afección pasan con depresión y porque la inestabilidad del humor que experimentan se acompaña normalmente de un importante deterioro del funcionamiento laboral y social. 39 el diagnóstico de trastorno ciclotímico se realiza en los adultos que experimentan al menos 2 años (en niños, un año entero) de períodos tanto hipomaniacos como depresivos sin llegar a cumplir nunca los criterios del episodio de manía, hipomanía o depresión mayor. muchas sustancias de abuso, algunas medicaciones y varias afecciones médicas se pueden asociar a fenómenos similares a la manía. este hecho se reconoce en los diagnósticos de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, y trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica. el reconocimiento de que muchos individuos, en particular niños, y en menor medida adolescentes experimentan fenómenos similares a cuadros bipolares que no cumplen los criterios del trastorno bipolar I, bipolar II o ciclotímico se refleja en la disponibilidad de la categoría de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado. de hecho, en la sección iii se proporcionan criterios específicos para el trastorno de hipomanía de corta duración, 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. 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 antidepressivo. 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. este diagnóstico, nuevo en el dsm-5, incluye las categorías del dsm-IV de depresión mayor crónica y de distimia

## 2.1 trastorno bipolar I

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 hipomaniacos o episodios de depresión mayor. el rasgo esencial de un episodio maníaco es un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal o persistente de la actividad o la energía que está presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 1 semana (o de cualquier duración si se requiere hospitalización), acompañado de al menos tres síntomas adicionales del criterio B. si el estado de ánimo es irritable más que elevado o expansivo, deben presentarse al menos cuatro síntomas del criterio B. el estado de ánimo en un episodio maníaco se suele describir como eufórico, excesivamente alegre, alto o "sintiéndose por encima del mundo". en algunos casos, el estado de ánimo es de tal manera contagioso que se reconoce fácilmente como excesivo y puede caracterizarse por un entusiasmo ilimitado y caótico en las relaciones interpersonales, sexuales u ocupacionales. por ejemplo, el individuo puede comenzar de modo espontáneo largas conversaciones en público con extraños. con frecuencia, el estado de ánimo predominante es más irritable que elevado, sobre todo cuando se niegan los deseos del individuo o si éste ha estado consumiendo sustancias. pueden aparecer cambios rápidos en el estado de ánimo durante breves períodos de tiempo, lo que recibe el nombre de labilidad (p. ej., la alternancia entre euforia, disforia e irritabilidad). en los niños, la alegría, la tontería y la "bobería" son normales en el contexto de circunstancias especiales; sin embargo, si estos síntomas son recurrentes, inapropiados para el contexto y van más allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, deben cumplir el criterio A. la certeza diagnóstica aumenta si la alegría no es normal para el niño (p. ej., diferente de la habitual) y el cambio del estado de ánimo ocurre al mismo tiempo que los síntomas que cumplen el criterio B de manía; sin embargo, el cambio del estado de ánimo debe acompañarse de un aumento persistente en los niveles de actividad o energía que sea evidente para aquellos que conocen bien al niño, el episodio maníaco puede suponer una marcada alteración del funcionamiento social u ocupacional o requerir hospitalización para prevenir que el individuo se haga daño a sí mismo o a los demás (p. ej., pérdidas financieras, actividades ilegales, pérdida del empleo, conducta auto lítica). por definición, la presencia de rasgos psicóticos durante un episodio maníaco también cumple el criterio C. los síntomas maníacos o los síndromes que son atribuibles a los efectos fisiológicos de una droga de abuso (p. ej., en el contexto de una intoxicación por cocaína o por anfetaminas), a los efectos secundarios de medicaciones o tratamientos (p. ej., esteroides, l-dopa, antidepresivos, estimulantes), o a otras afecciones médicas no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar. sin embargo, un episodio de síndrome maníaco completo que se presenta durante un tratamiento (p. ej., con medicaciones, terapia electro convulsiva, terapia lumínica

## 2.2 trastorno bipolar I episodio maníaco, hipomaniaco y depresivo

episodio maníaco criterios diagnósticos 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. nota: un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar 1. nota: los criterios a—d constituyen un episodio maníaco. se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar i. episodio hipomaniaco criterios diagnósticos 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. 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. e el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento)

### 2.3 trastorno bipolar II

el trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivos recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor (criterios a—c en "episodio de depresión mayor") y, al menos, un episodio hipomaniaco (criterios a—f en "episodio hipomaniaco"). el episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaniaco debe durar al menos 4 días para que se cumplan los criterios diagnósticos. durante el episodio afectivo, los síntomas requeridos para el diagnóstico deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, y deben suponer un cambio apreciable del funcionamiento y la conducta habituales del sujeto. la presencia de un episodio maniaco durante el curso de la enfermedad descarta el diagnóstico de trastorno bipolar II (criterio b en "trastorno bipolar II"). los episodios de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, de trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados (que suponen los efectos fisiológicos de una medicación, de otro tratamiento somático para la depresión, de una droga de abuso o de la exposición a tóxicos), de trastorno depresivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, o de trastorno bipolar o trastornos relacionados debidos a otra afección médica no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar II a menos que persistan más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento o la sustancia y si se cumple el criterio de duración del episodio. además, los episodios no pueden explicarse mejor mediante el diagnóstico de trastorno esquizo afectivo y no están superpuestos al diagnóstico de esquizofrenia, de trastorno esquizo freniforme, de trastorno delirante o de otros trastornos especificados o sin especificar del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (criterio c en "trastorno bipolar II"). los episodios depresivos o las fluctuaciones hipomaniacas deben causar un malestar clínicamente significativo o una alteración del rendimiento social, laboral o en otras áreas (criterio d en "trastorno bipolar II"); sin embargo, este requisito no se tiene que cumplir para los episodios hipomaniacos. un episodio hipomaniaco que causara una alteración significativa reuniría probablemente más condiciones para el diagnóstico de episodio maniaco y, por tanto, para el diagnóstico de trastorno bipolar I. los episodios depresivos mayores recurrentes son más frecuentes y más prolongados que los que aparecen en el trastorno bipolar I. los pacientes con trastorno bipolar II normalmente acuden al facultativo durante un episodio depresivo mayor y es poco probable que se quejen inicialmente de síntomas de hipomanía. normalmente, los episodios hipomaniacos no causan por sí mismos disfunción. en cambio, la disfunción es consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón persistente de cambios impredecibles y fluctuantes del estado de ánimo y de un patrón de relaciones interpersonales o laborales poco fiables. los pacientes con trastorno bipolar II puede que no vean los episodios hipomaniacos como patológicos o desfavorables, aunque el comportamiento errático del individuo pueda molestar a otras personas. con frecuencia es útil la información clínica que aportan otros informantes, como amigos cercanos o familiares, para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II. no debería confundirse el episodio hipomaniaco con los días de eutimia con recuperación de la energía o la actividad que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. a pesar de las diferencias sustanciales de duración y gravedad entre un episodio maniaco y uno hipomaniaco, el trastorno bipolar II no es una forma leve de trastorno bipolar I. en comparación con los pacientes con trastorno bipolar I, los pacientes con trastorno bipolar II presentan mayor cronicidad y pasan, de promedio, más tiempo en la fase depresiva de su enfermedad, lo que puede resultar grave y discapacitante. en las personas con trastorno bipolar II, sobre todo en las mujeres, son frecuentes los síntomas depresivos que aparecen durante los episodios hipomaniacos y los síntomas hipomaniacos que se presentan durante los episodios depresivos, concretamente la hipomanía con rasgos mixtos. los pacientes que presentan hipomanía con rasgos mixtos puede que no reconozcan sus síntomas como de hipomanía. en vez de ello, los experimentan como una depresión con aumento de energía o irritabilidad

## 2.4 trastorno bipolar II episodio hipomaniaco y depresivo

episodio hipomaniaco criterios diagnósticos 46 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 desenfadada 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, maniaco. f. el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento). nota: un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indican necesariamente una diátesis bipolar.

episodio de depresión mayor criterios diagnósticos 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). 47 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 autor reproche 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.

## 2.5 trastorno ciclotímico

el rasgo principal del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y períodos de síntomas depresivos que son distintos entre sí. los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio hipomaniaco, y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor. durante los dos primeros años (un año en el caso de los niños o los adolescentes), los síntomas deben ser persistentes (presentes la mayor parte de los días), y ningún intervalo libre de síntomas debe durar más de dos meses. se realiza el diagnóstico de trastorno ciclotímico sólo si no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor, maniaco o hipomaniaco. si un paciente con trastorno ciclotímico presenta posteriormente (p. ej., tras los dos primeros años en los adultos o un año en los niños y los adolescentes) un episodio depresivo mayor, maniaco o hipomaniaco, se cambia el diagnóstico por el de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I u otro trastorno bipolar especificado o sin especificar y trastornos relacionados (sub clasificado como episodio hipomaniaco sin episodio depresivo mayor anterior), respectivamente, y se descarta el diagnóstico de trastorno ciclotímico. no se debe diagnosticar el trastorno ciclotímico si el patrón de los cambios de humor se explica mejor por un trastorno esquizo afectivo, una esquizofrenia, un trastorno esquizo freniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado o sin especificar o por otros trastornos psicóticos, en cuyo caso los síntomas afectivos se considerarían rasgos asociados al trastorno psicótico. además, no se debería poder atribuir la alteración del estado de ánimo a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). aunque algunos pacientes puedan tener una funcionalidad preservada durante algunos períodos de hipomanía, debería haber, a lo largo del curso del trastorno, una alteración o afectación clínicamente significativa en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento como resultado de la alteración del estado de ánimo. el deterioro se desarrolla como resultado de los períodos prolongados de cambios de humor cíclicos y a menudo impredecibles (p. ej., se le considera al sujeto temperamental, de carácter variable, impredecible, incoherente o poco fiable, a. durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaniaco, 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 hipomaniacos 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, maniaco o hipomaniaco. d. los síntomas del criterio a no se explican mejor por un trastorno esquizo afectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizo freniforme, 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

## 2.6 trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

el rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) en al menos un año y en al menos dos ambientes, como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. la segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. este estado de ánimo irritable o enfadado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño. se debe distinguir cuidadosamente la presentación clínica del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo de las presentaciones de otras afecciones relacionadas, en particular el trastorno bipolar pediátrico. de hecho, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se añadió al dsm-5 para abordar las grandes dudas sobre la inapropiada clasificación y tratamiento de los niños que presentan irritabilidad crónica persistente frente a los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (p. ej., episódico). en los niños, algunos investigadores consideran la irritabilidad grave no episódica como una característica del trastorno bipolar, aunque tanto el dsm-iv como el dsm-5 exigen, para reunir las condiciones para el diagnóstico de trastorno bipolar i, que tanto los niños como los adultos presenten episodios delimitados de manía o hipomanía. durante las últimas décadas del siglo xx, esta discusión entre los investigadores, de que la irritabilidad grave y no episódica es una manifestación de manía pediátrica, coincidió con un aumento significativo de las tasas con que los clínicos diagnosticaban el trastorno bipolar a sus pacientes pediátricos. este aumento abrupto en las tasas de diagnóstico parece atribuirse a que los clínicos combinaban al menos dos presentaciones clínicas en una sola categoría. es decir, que se habían etiquetado como trastorno bipolar en los niños tanto las presentaciones clásicas episódicas de manía como las presentaciones no episódicas de irritabilidad grave. en el dsm-5, el término trastorno bipolar se reserva explícitamente para las presentaciones episódicas de los síntomas bipolares. el dsm-iv no tenía ningún diagnóstico 49 pensado para diagnosticar a los jóvenes cuyos síntomas distintivos consistían en una irritabilidad muy marcada y no episódica, mientras que el dsm-5, con la inclusión del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, ha aportado una categoría diferente para tales presentaciones. criterios diagnósticos a. accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbal) 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)

## 2.7 trastorno de depresión mayor

los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. a menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infra diagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. en los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. aparecen 50 fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes, pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante. el rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. en los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. el paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. el episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. en algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado. el ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "por los suelos". en algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, pero ésta se puede reconocer posteriormente a través de la entrevista (p. ej., al señalar que parece que el sujeto está a punto de llorar). en algunos pacientes que se quejan de sentirse "sosos", sin sentimientos, o que se sienten ansiosos se podría deducir la presencia de un ánimo deprimido a partir de la expresión facial del paciente y de su conducta. algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y sufrimientos corporales) en lugar de manifestar sentimientos de tristeza. muchos pacientes refieren o presentan un aumento de la irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con accesos de ira o culpabilizando a los otros, o un exagerado sentido de la frustración por acontecimientos menores). en los niños y los adolescentes aparece un ánimo irritable o malhumorado más que un ánimo triste o abatido. esta forma de presentación debería diferenciarse de los patrones de irritabilidad ante la frustración. casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los hobbies, "que no les importan", o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras. los familiares notan a menudo un mayor aislamiento social o el abandono de los pasatiempos con los que disfrutaban (p. ej., el que había sido un ávido jugador de golf deja de jugar, o un niño que solía disfrutar del fútbol se excusa para no practicarlo). en algunos pacientes, en comparación con los niveles previos, existe una reducción significativa del interés o del deseo sexual. la alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. algunos pacientes deprimidos refieren que tienen que forzarse para comer. otros pueden comer más y pueden tener ansia por determinadas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). cuando los cambios del apetito son graves (en cualquier dirección), hay una pérdida o ganancia significativa de peso, y en los niños no se alcanza la ganancia ponderal esperada. las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo. cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio (p. ej., el paciente se despierta a lo largo de la noche y tiene dificultades para volverse a dormir). también puede existir insomnio precoz (p. ej., dificultad para quedarse dormido)

## 2.8 episodio depresivo persistente (distimia)

el rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes. en este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del dsm-iv. la depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos". durante los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas del criterio b. como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano (p. ej., "siempre he sido así"), es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. durante el período de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses. criterios diagnósticos, en este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del dsm-iv. 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 hipersomnia. 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 hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. f. la alteración no se explica mejor por un trastorno esquizo afectivo 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. nota: 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 54 durante el episodio actual de la enfermedad

## 2.9 trastorno disfórico premenstrual

las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. la intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer. típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el período menstrual. aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico. los síntomas son de gravedad (pero no de duración) comparable a la observada en otros trastornos mentales, como el episodio depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos. 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 auto desprecio. 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. hipersomnolia o insomnio. 6. sensación de estar agobiada o sin control. 55 7. síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso. nota: los síntomas de los criterios a-c se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. 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). 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). e 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.) 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)

## 2.10 trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

las características diagnósticas del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia. el trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al mismo conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio. además, el diagnóstico no se debe explicar mejor por un trastorno depresivo independiente. prueba la presencia de un trastorno depresivo independiente que el trastorno depresivo haya precedido al comienzo del consumo o de la abstinencia de la sustancia, que el trastorno depresivo persista más allá de un período sustancial de tiempo tras el cese del uso de la sustancia, y los demás datos que sugieran la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos. no se debe hacer este diagnóstico cuando los síntomas aparezcan exclusivamente durante el curso de un delirium. el trastorno depresivo asociado al consumo, la intoxicación o la abstinencia de una sustancia debe causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento para reunir las condiciones para este diagnóstico. algunos medicamentos (p. ej., los estimulantes, los esteroides, la l-dopa, los antibióticos, los fármacos del sistema nervioso central, los agentes dermatológicos, los fármacos quimioterápicos, los agentes inmunológicos) pueden inducir alteraciones anímicas depresivas. el juicio clínico es fundamental para determinar si el medicamento se asocia verdaderamente a la inducción de un trastorno depresivo o si ha aparecido un trastorno depresivo primario mientras la persona estaba tomando el tratamiento. por ejemplo, un trastorno depresivo que se desarrolla dentro de las primeras semanas después de comenzar un tratamiento con alfa-metildopa (un agente antihipertensivo) en un paciente sin antecedentes de trastorno depresivo mayor reuniría las condiciones para el diagnóstico de trastorno depresivo inducido por medicamentos. en algunos casos, un trastorno establecido previamente (p. ej., un trastorno depresivo mayor recurrente) puede recurrir casualmente mientras el paciente está tomando un medicamento que tiene la capacidad de causar síntomas depresivos (p. ej., la l-dopa, los anticonceptivos orales). en tales casos, el clínico debe juzgar si el medicamento es el causante de esa situación particular. 56 el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distingue de los trastornos depresivos primarios teniendo en cuenta el comienzo, el curso y otros factores asociados al consumo de sustancias. la historia clínica, el examen físico o las pruebas de laboratorio deben arrojar datos que prueben la existencia de consumo, abuso, intoxicación o abstinencia de alguna sustancia antes del comienzo del trastorno depresivo. el estado de abstinencia de algunas sustancias se puede alargar relativamente y, por tanto, es posible que los síntomas depresivos intensos permanezcan durante un largo período tras cesar su consumo. criterios diagnósticos a. alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

## 2.11 trastorno depresivo debido a otra afección médica

el rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico) y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica. para determinar si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de una afección médica general. además, el clínico debe establecer que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico. se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico. aunque no hay guías clínicas infalibles para determinar si la relación entre la alteración del ánimo y la afección médica es etiológica, algunas consideraciones sirven de guía en esta área. una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el comienzo, la exacerbación o la remisión de la afección médica general y la alteración del ánimo. una segunda consideración es la presencia de rasgos que son atípicos en los trastornos del ánimo primarios (p. ej., una edad atípica de comienzo, un curso atípico o ausencia de historia familiar). los datos científicos de la bibliografía que sugieren que podría existir una asociación directa entre la afección médica general en cuestión y el desarrollo de síntomas afectivos podrían ser útiles como contexto para la evaluación de cada situación concreta.

criterios diagnósticos 57 a. un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico. b. existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. c. la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave). d. el trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. e. el trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento,