UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Carrera: psicología

Materia: psicopatología

Profesora: Adriana Alejandra Martínez Rodríguez

Alumna: Hernández Barrientos Jessica yosmin

Actividad: resumen

Antecedentes de la psicopatología

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.

\*Antigua Grecia. Año 1550 A.C.- Los egipcios en sus templos, crearon un medio ambiente que estimulaba a los pacientes de forma creativa. El papiro de Ebers y el de Edward Smith reconocen por primera vez en la historia el cerebro como “localización de las funciones mentales” descubren el trastorno emocional.

 En el año VIII AC. 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.

Concepto de 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, será necesario describir y conocer el fenómeno psicopatológico, para posteriormente poder buscar explicaciones que den cuenta de los factores que pueden predisponer, precipitar o mantiene 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

Clasificación y diagnóstico de la psicopatología

La clasificación de los fenómenos psicopatológicos no es más que un caso particular de un proceso más amplio de categorización natural, mediante el cual organizamos el ambiente externo y establecemos una visión coherente del mundo.

toda categorización natural desempeña una función adaptativa, cuyo fin es el facilitar el funcionamiento cotidiano y la interacción de la persona con el mundo externo, limitando el número y la complejidad de los estímulos.

toda categorización evidentes ventajas, como son el facilitar la codificación, memorización y evocación de la información; ayudar a hacer inferencias, juicios y predicciones, o permitir el desarrollo de un lenguaje común. Sin una categorización sería imposible interactuar de manera provechosa con la infinita cantidad de objetos o sucesos apreciables.

Análisis de los fenómenos psicopatológicos

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.

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.

Egosintónica

 una sintonía entre un comportamiento, un pensamiento o una emoción determinados y la propia personalidad del sujeto hará en muchas ocasiones que la valoración sea distinta. En este caso la persona los acepta, no los cree indeseables y no los considera como manifestaciones de un trastorno. Por estas razones se dice que son egosintónicos.

La evolución de la alteración

En el análisis y valoración clínica de una alteración mental o del comportamiento es importante conocer el comienzo, la terminación, la duración y la periodicidad de las sensaciones y del malestar del paciente

Los sistemas de clasificación actuales requieren, en casi todos los casos, que para que se asignen determinadas alteraciones a una categoría diagnóstica específica lleven un tiempo determinado afectando al sujeto. Sin embargo, este criterio diagnóstico, que puede ser importante para la investigación, en la práctica clínica pierde interés, ya que no será necesaria una larga evolución para que se comience la intervención psicológica adecuada.

Intensidad y cualidad

La anormalidad suele ir asociada a un criterio de intensidad. Todas las personas pueden tener sensaciones o emociones iguales a las consideradas patológicas, pero con menor intensidad. Quizá el criterio para diferenciarlo es que suponga un sufrimiento personal o afectar a alguna de las áreas de sus relaciones personales [familiares, laborales] Definir cuándo el malestar de una persona tiene suficiente intensidad para considerarla anómala es una cuestión que a veces se presenta difícil, ya que cuantificar el sufrimiento personal no es tareas sencillas

Existen algunas alteraciones psicológicas que llevan consigo la anormalidad por sí mismas y en las que no se trata de valorar la intensidad, ya que la naturaleza de su patología es de naturaleza cualitativa, al no existir transiciones con la normalidad. las alucinaciones y de los delirios. Pero, incluso en estas ocasiones, valorar la intensidad es fundamental para conocer el grado de afectación y la vivencia personal de la alteración.

Dimensión cultural

La valoración del marco sociocultural en el que se encuentra la persona afectada es uno de los aspectos importantes a va ar para poder situar la posible alteración.

Trastorno bipolar 1

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

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.

Durante el episodio maníaco, el individuo puede implicarse en muchos proyectos nuevos y solapados. Los proyectos se inician habitualmente con poco conocimiento sobre la materia y parece que no hay nada que esté fuera del alcance del individuo. Los niveles elevados de actividad se pueden presentar a horas intempestivas del día.

Normalmente se encuentra una autoestima elevada que va desde la autoconfianza carente de crítica hasta una marcada grandiosidad que puede alcanzar dimensiones delirantes (Criterio B1). A pesar de no tener un talento especial o experiencia, el individuo se embarca en tareas complicadas, como escribir una novela o buscar publicidad para un invento inútil.

Trastorno de bipolar 1 [ episodio maniaco, hipomaniaco, depresivo]

Episodio maniaco

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.

Trastorno hipomaniaco

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.

Trastorno depresión mayor

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.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

4. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

Trastorno bipolar 2

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 hipomaníacos 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.

presentan mayor cronicidad y pasan, de promedio, más tiempo en la fase depresiva de su enfermedad, lo que puede resultar grave y discapacitarte. En las personas con trastorno bipolar II, sobre todo en las mujeres, son frecuentes los síntomas depresivos que aparecen durante los episodios hipomaníacos y los síntomas hipomaníacos 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

trastornos de bipolar 2 [episodio hipomaniaco y depresivo]

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 (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.

Trastorno ciclotímico

es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntomas depresivos que son distintos entre sí. Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio hipomaníaco, 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, se le considera al sujeto temperamental, de carácter variable, impredecible, incoherente o poco fiable

trastornos de desregulación disruptiva del estado de animo

Es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes.

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 deber 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

El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco. La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía

Trastorno de depresión mayor

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.

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.

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.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio. Éstos pueden incluir desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio.

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumar el suicidio

Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio.

Episodio depresivo persistente

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.

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 (“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

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.

**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.

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.

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.

los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).

2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.

3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.

4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

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

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).

2. Dificultad subjetiva de concentración.

3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.

4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.

5. Hipersomnia o insomnio.

6. Sensación de estar agobiada o sin control.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

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.

los fármacos del sistema nervioso central, los agentes dermatológicos, los fármacos quimioterápicos, los agentes inmunológicos) pueden inducir alteraciones anímicas depresivas.

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.

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 (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.