

Mi Universidad

SUPERNOTA

Nombre del alumno: Marcela Pulido Tovar

Nombre del tema: Unidad I y II

Módulo: I

Nombre de la Materia: Psicopatología

Nombre del profesor: Luis Ángel Galindo Arguello

Nombre de la Licenciatura: Psicología

Cuatrimestre: 6

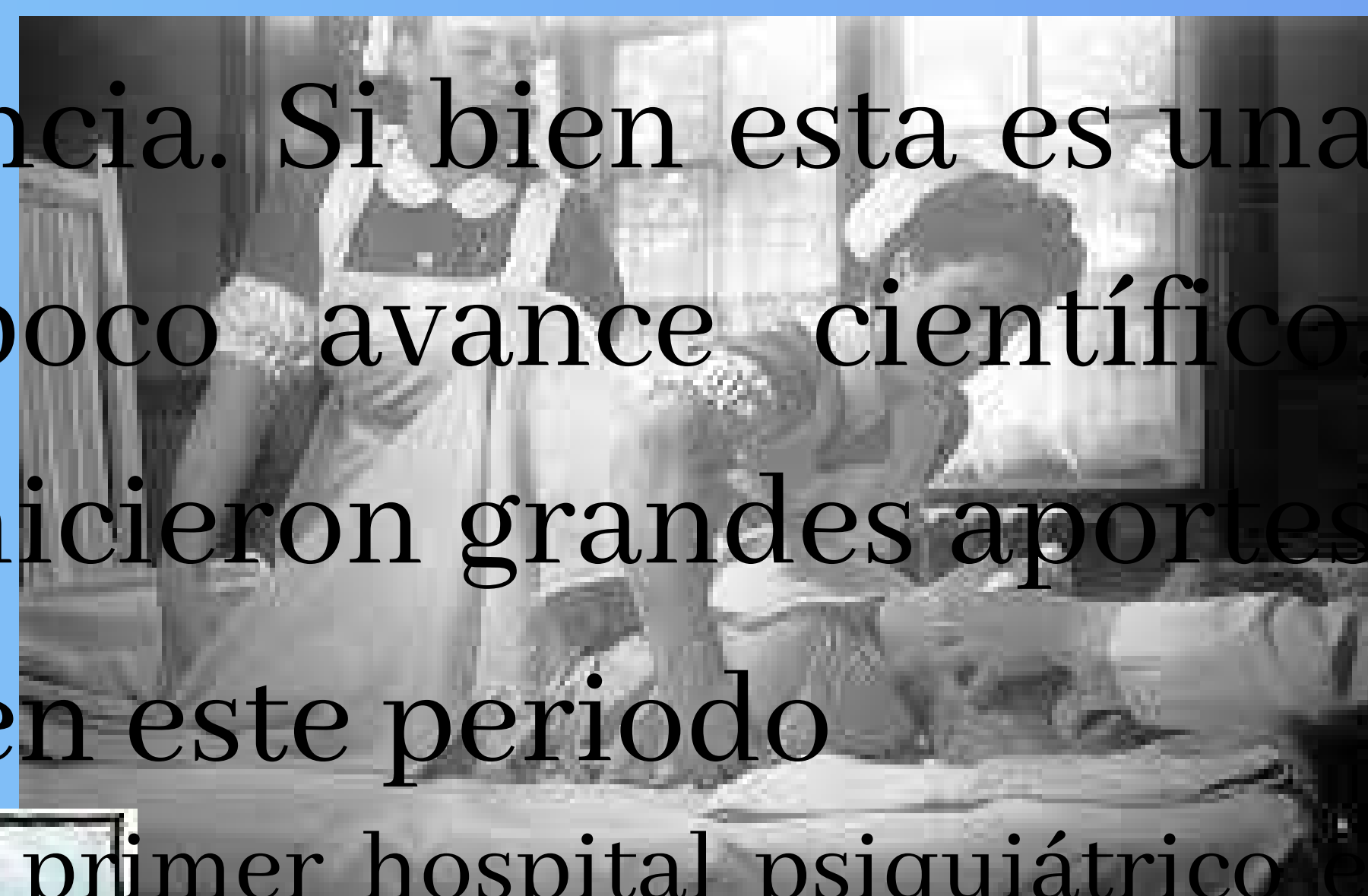
Unidad I

Antecedentes de la Psicopatología

- **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

- **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

En 1247 se funda el Hospital Real de Bethlem, primer hospital psiquiátrico en Europa y en 1409 el religioso Juan Gilaberto Jofré fundó el primer centro dedicado exclusivamente al cuidado de los enfermos mentales en Valencia. Durante los años de 1493- 1541 Paracelso, médico suizo, argumenta que la luna y no una posesión demoníaca era la causante de los problemas mentales. Esta teoría inspira la palabra "Lunático".



- **Edad Moderna** corresponde al período en que se destacan los valores de la modernidad (el progreso, la comunicación, la razón) frente al período anterior.

Se denomina modelo médico a la consideración de los trastornos mentales mediante el diagnóstico diferencial. Este tipo de diagnóstico, en consecuencia, requiere formación específica en psicopatología y en la clasificación de trastornos.

Los movimientos más importantes que participaron en esta orientación fueron; la escuela rusa iniciada por Pavlov y Bechterev, interesada principalmente en la neurofisiología; el conductismo o behaviorismo norteamericano de Watson, en Estados Unidos y el funcionalismo que intentó demostrar las leyes biológicas que determinan la conducta. Lightner Witmer, discípulo de Wilhelm Wundt y cabeza del departamento de psicología de la Universidad de Pensilvania, utilizó el término "Psicología Clínica" por primera vez en 1907 para describir la práctica que había realizado durante diez años en una clínica para niños establecida en 1896 en la Universidad de Pensilvania. Primera revista de psicología "Psychological Clinic".

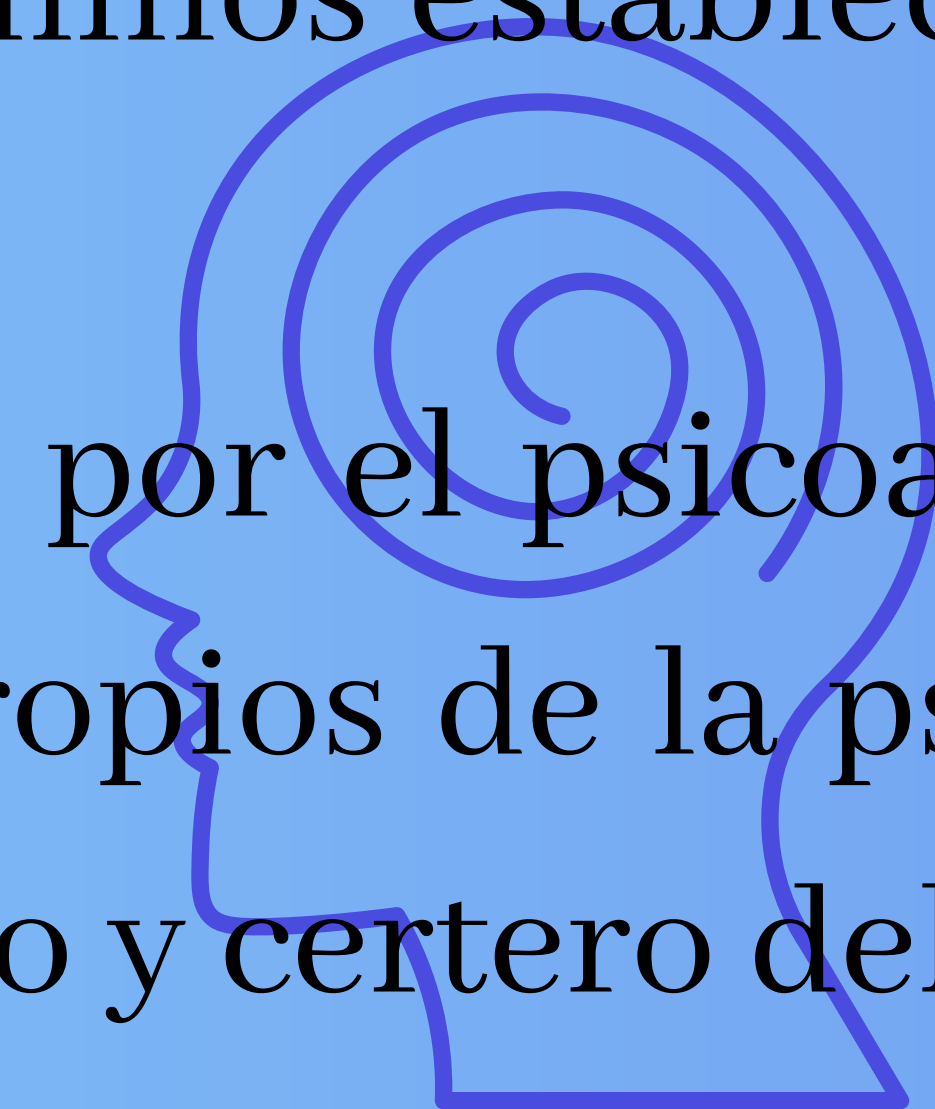
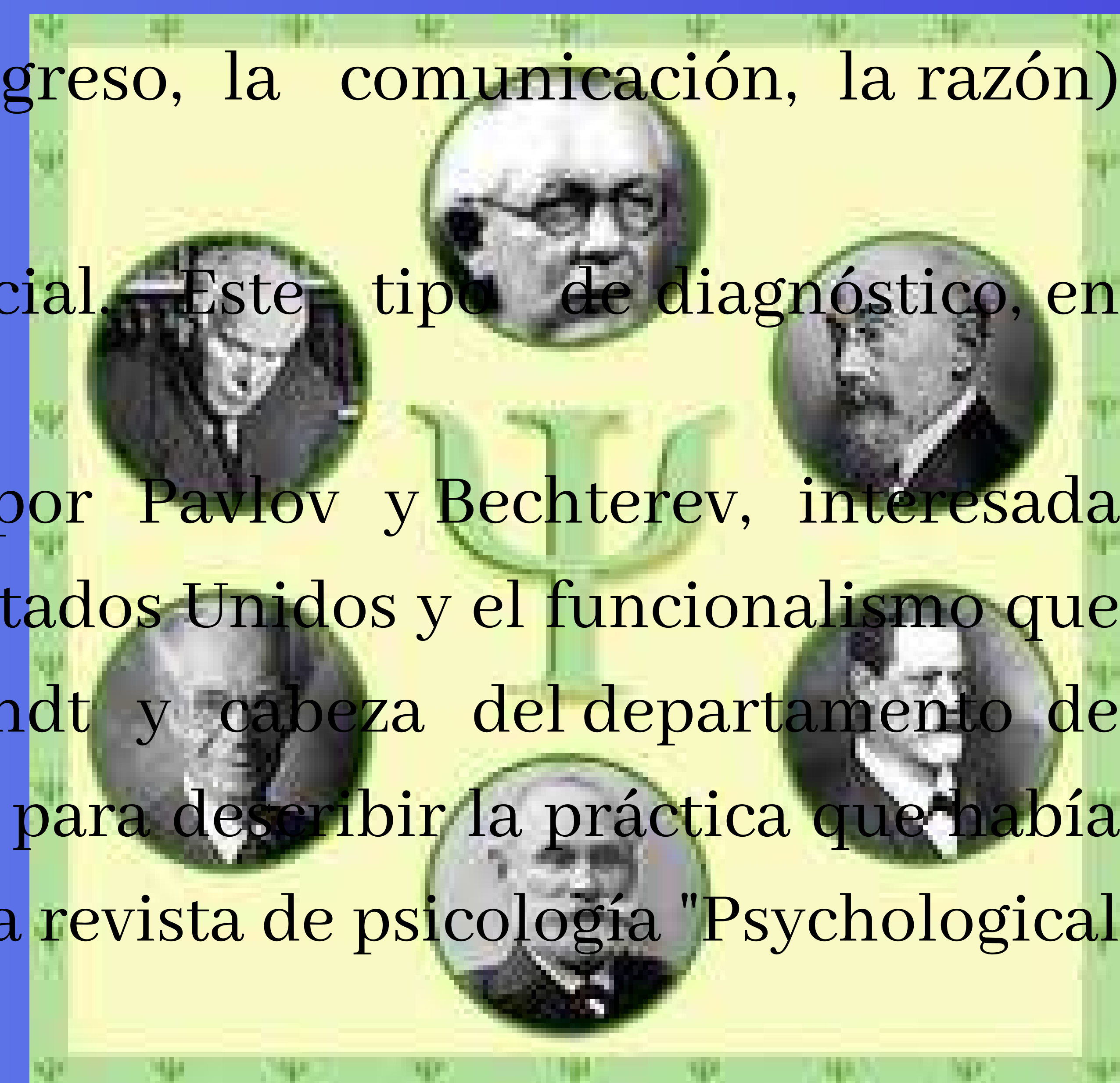
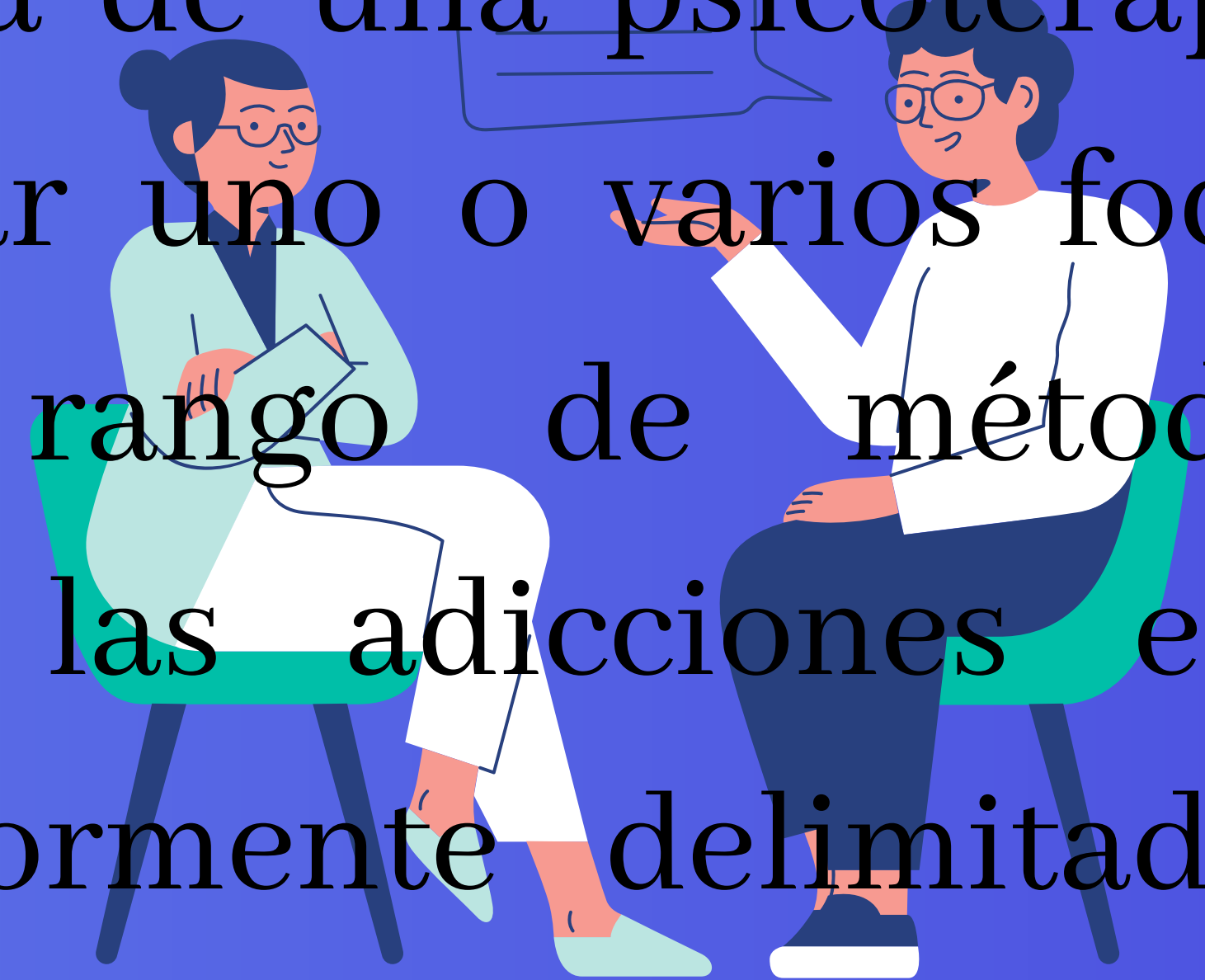
En Francia, una tradición europea fue fundada por el psicoanalista Daniel Lagache, que consideró a la Psicología Clínica como un área distinta a la Psiquiatría, que, si bien integraría elementos propios de la psicopatología, debía entender al individuo en su totalidad más allá de la patología, pudiendo así obtener un conocimiento amplio y certero del funcionamiento psíquico y su relación con los fenómenos del sufrimiento.

- **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.

1. VII A.C Investigaron la conexión entre la causa y efecto e introdujeron 5 tratamientos psicológicos: Introducción al sueño, Interpretación de los sueños, Dialogo con el paciente.

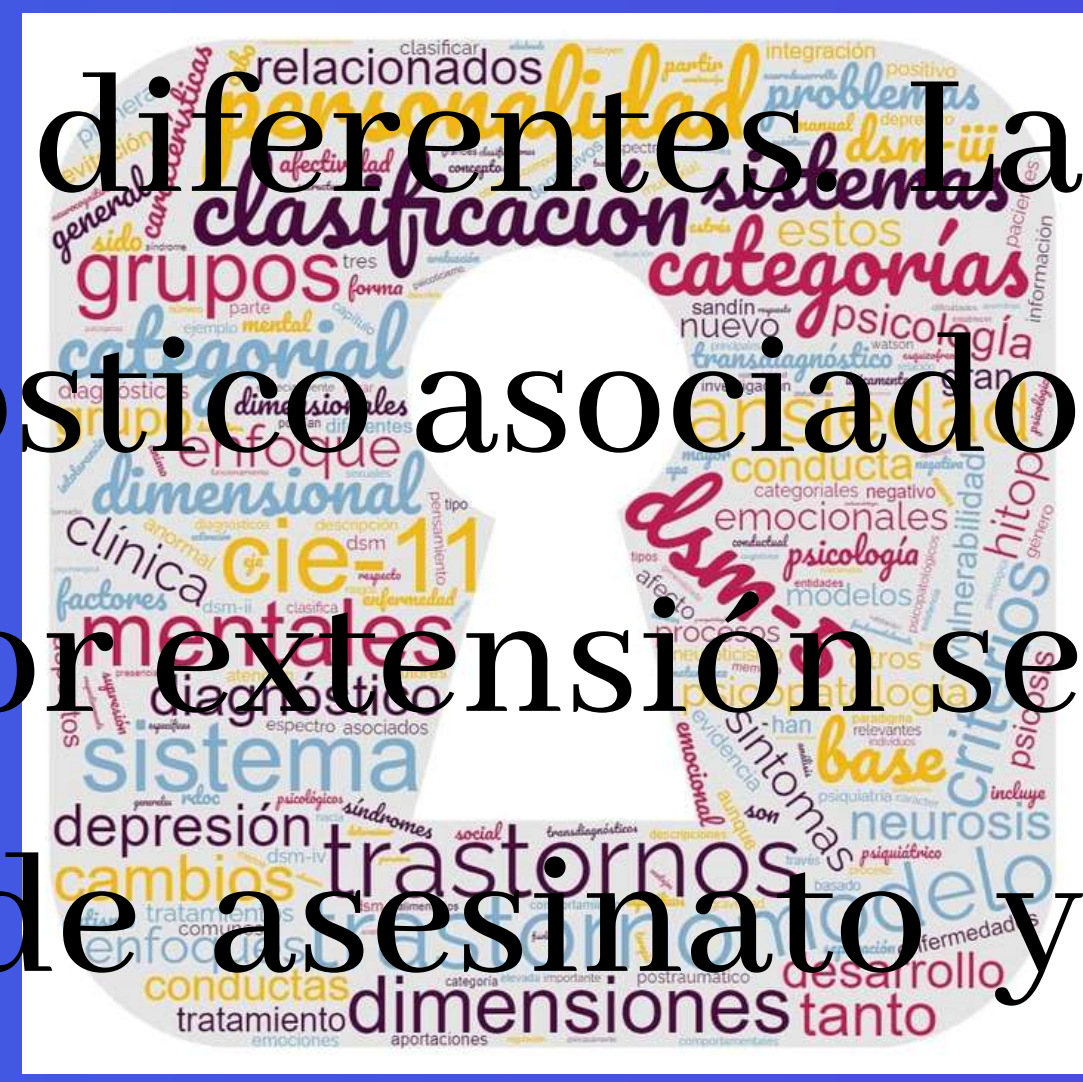
2. Resurgue el concepto de brujería en 865- 925 D.C

- **Época Actual:** En términos generales se trata de una psicoterapia focal: terapeuta y paciente intentan clarificar uno o varios focos sobre los que poder utilizar un amplio rango de métodos terapéuticos. Obviamente en el caso de las adicciones este aspecto sobrepasa a los focos anteriormente delimitados. Tiene un soporte cognitivo: en la medida que hace una utilización plena de la capacidad del paciente para pensar acerca de sí mismo, de sus estrategias cognitivas de afrontamiento, de sus esquemas básicos (estructuras centrales de significación). En este modelo se emplean los sistemas de auto-registro y las tareas encomendadas para casa.



Concepto de Psicopatología

Término que con frecuencia se usa coloquialmente como sinónimo de psicopatía, y realmente son conceptos muy diferentes. La psicopatología estudia las enfermedades o trastornos mentales, su origen, curso y evolución. La psicopatía es un diagnóstico asociado a lo que ahora se denomina trastorno antisocial de la personalidad, antes trastorno de personalidad psicopática, que por extensión se le denominaba psicópata al que lo padecía. El término dejó de utilizarse al haber quedado asociado a los casos de asesinato y a lo que se denomina trastorno de personalidad psicopática, que por extensión se le denominaba psicópata al que lo padecía. El término dejó de utilizarse al haber quedado asociado a los casos de asesinato y a lo que se denomina trastorno de personalidad psicopática, que por extensión se le denominaba psicópata al que lo padecía.



Es un



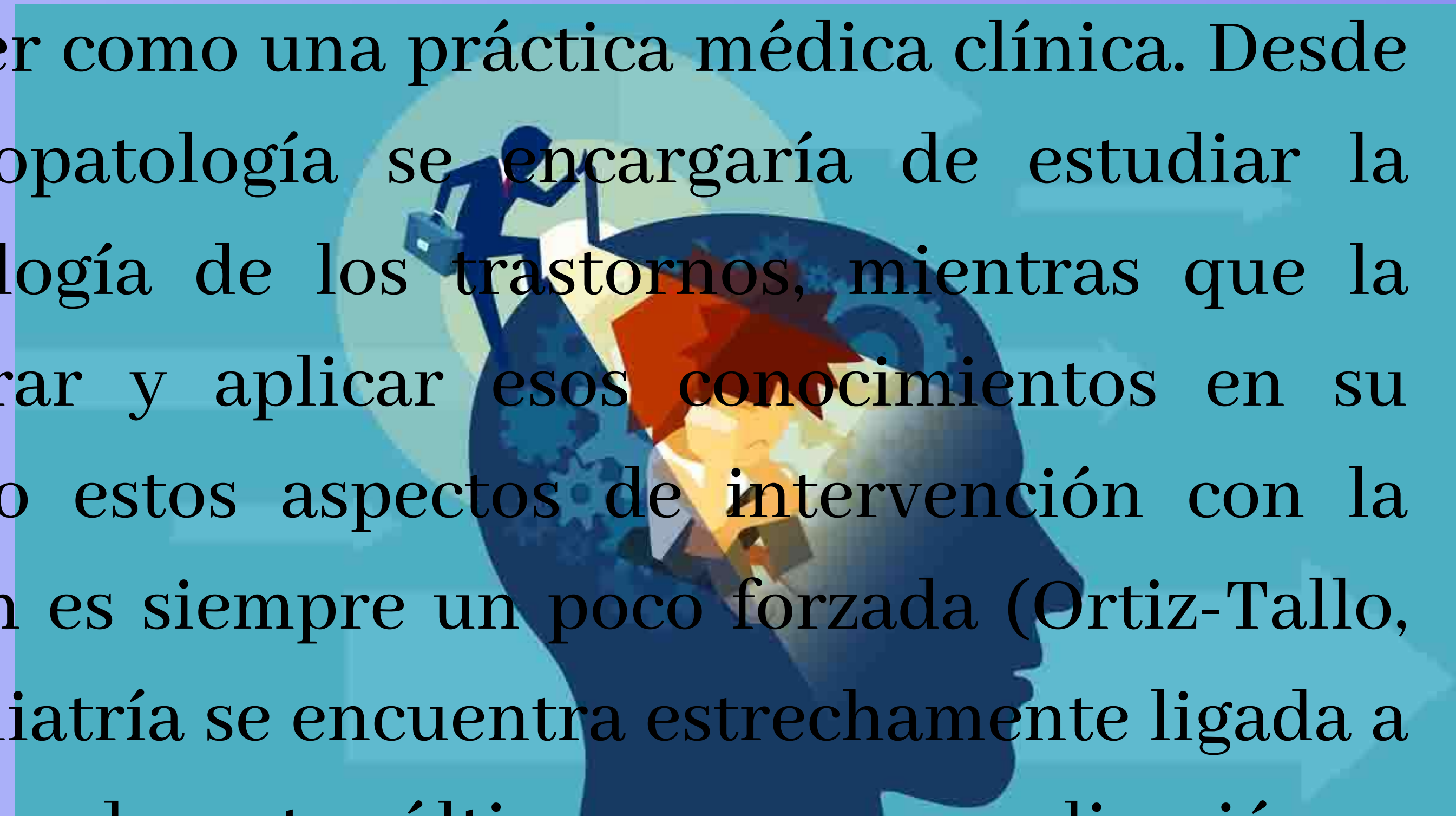
Los trastornos mentales se describen en manuales de diagnóstico como el DSM (del acrónimo en inglés de Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación de Psiquiatría y Psicología Americana). La CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud). Este tipo de manuales intentan agrupar conjuntos de síntomas que estadísticamente suelen agruparse dando lugar a la etiqueta diagnóstica. Favorecen la comunicación entre profesionales de la salud mental.



Conceptos básicos relacionados con la Psicopatología

Psicopatología y psiquiatría

La psiquiatría se suele entender como una práctica médica clínica. Desde este punto de vista, la psicopatología se encargaría de estudiar la descripción, evolución y etiología de los trastornos, mientras que la psiquiatría trataría de integrar y aplicar esos conocimientos en su práctica clínica, compartiendo estos aspectos de intervención con la psicología clínica. La distinción es siempre un poco forzada (Ortiz-Tallo, 2004). Sea como fuere, la psiquiatría se encuentra estrechamente ligada a la psicopatología, necesitando de esta última para su aplicación y compartiendo esta relación con la psicología clínica que se comenta a continuación.



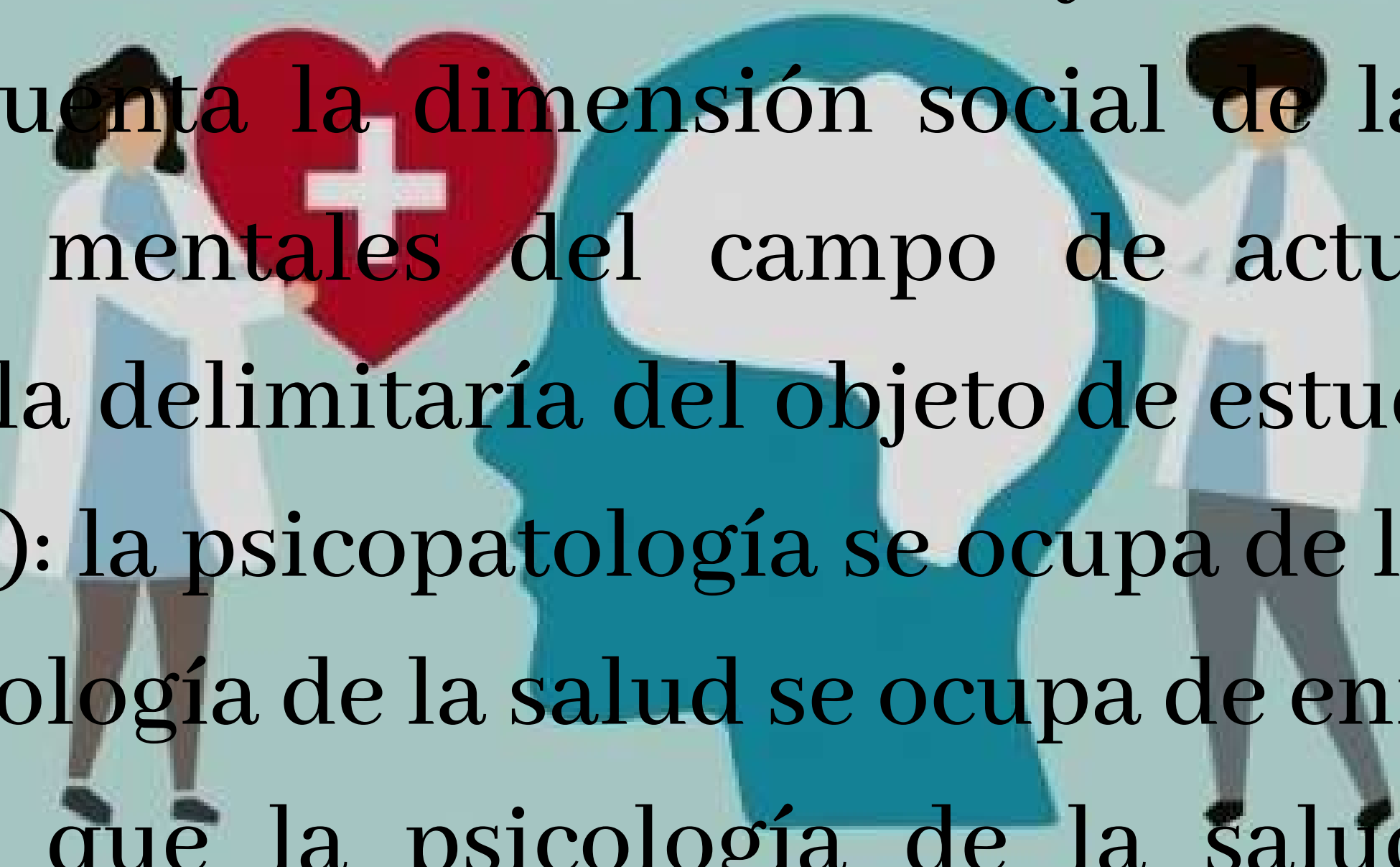
Psicopatología y psicología clínica

El enfoque de la psicología clínica se considera idiográfico, al dedicarse a los problemas individuales de adaptación psicológica, determinando y evaluando las posibilidades de adaptación de la persona, para después aplicar las técnicas psicológicas apropiadas para mejorarla. La psicopatología no comparte el enfoque idiográfico en la misma medida, ya que tiene un carácter más básico que aplicado. Ambas disciplinas se complementan en una interrelación entre investigación básica y aplicada, necesaria para el progreso del conocimiento de las dos disciplinas.



Psicopatología y psicología de la salud

La psicología de la salud se centra, más específicamente, en investigar los factores asociados a la salud física y a su mantenimiento, debiendo además tener en cuenta la dimensión social de la salud. Así, la exclusión de los trastornos mentales del campo de actuación e investigación de esta disciplina la delimitaría del objeto de estudio de la psicopatología (Belloch et al., 2008): la psicopatología se ocupa de los trastornos mentales, mientras que la psicología de la salud se ocupa de enfermedades físicas.

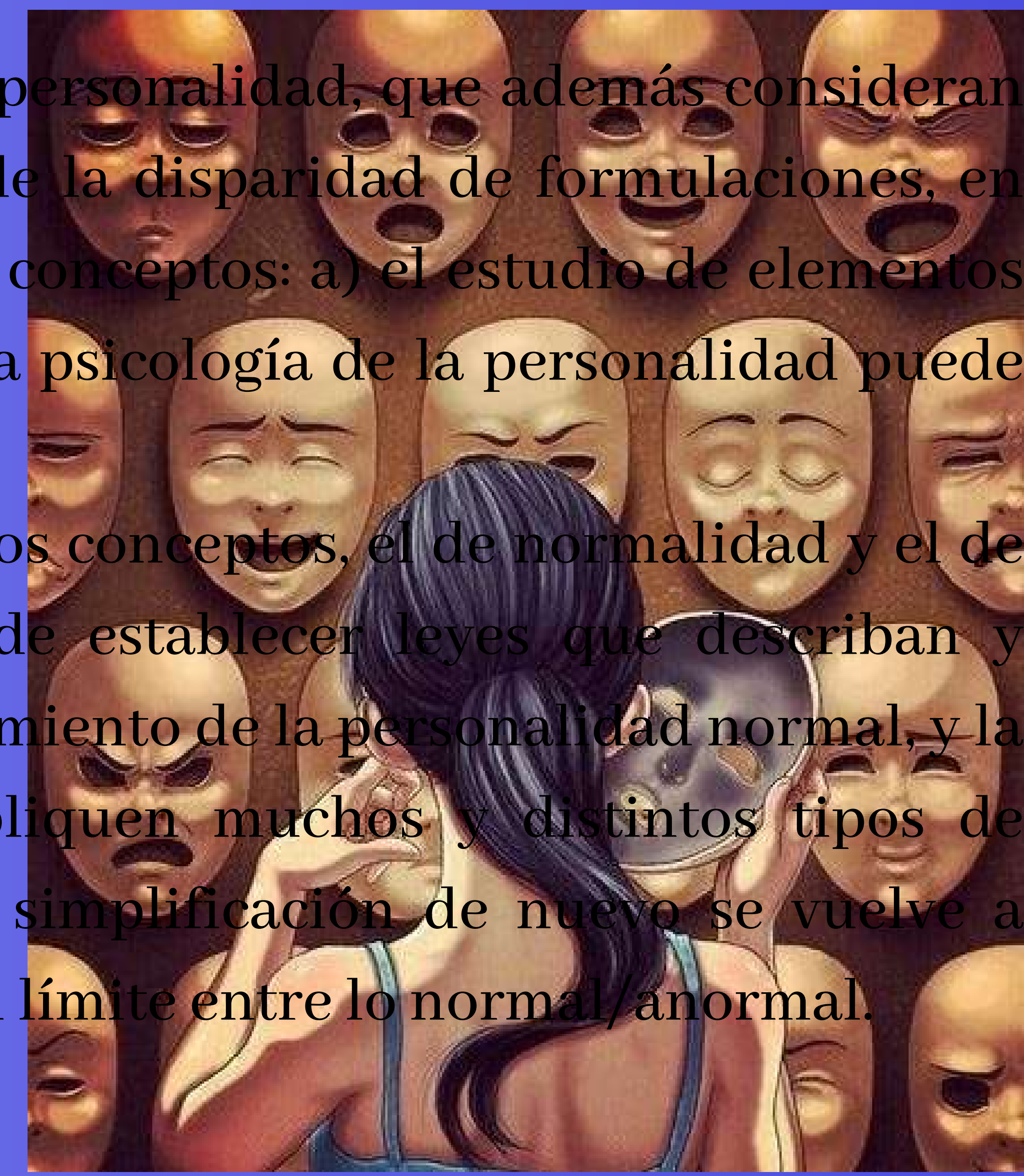


Se resalta que la psicología de la salud se ocupa de las dificultades psicológicas que pueden tener consecuencias fisiológicas, así como de las consecuencias psicológicas que puedan acarrear los problemas físicos, reconociendo por otro lado la interrelación existente entre la salud física y la salud mental.

Psicopatología y psicología de la personalidad

Existen más de cincuenta definiciones de psicología de la personalidad, que además consideran formulaciones bastante distintas. Sin embargo, a pesar de la disparidad de formulaciones, en todas ellas están presentes en mayor o menor medida dos conceptos: a) el estudio de elementos constantes del funcionamiento psicológico humano, y b) la psicología de la personalidad puede predecir el comportamiento humano.

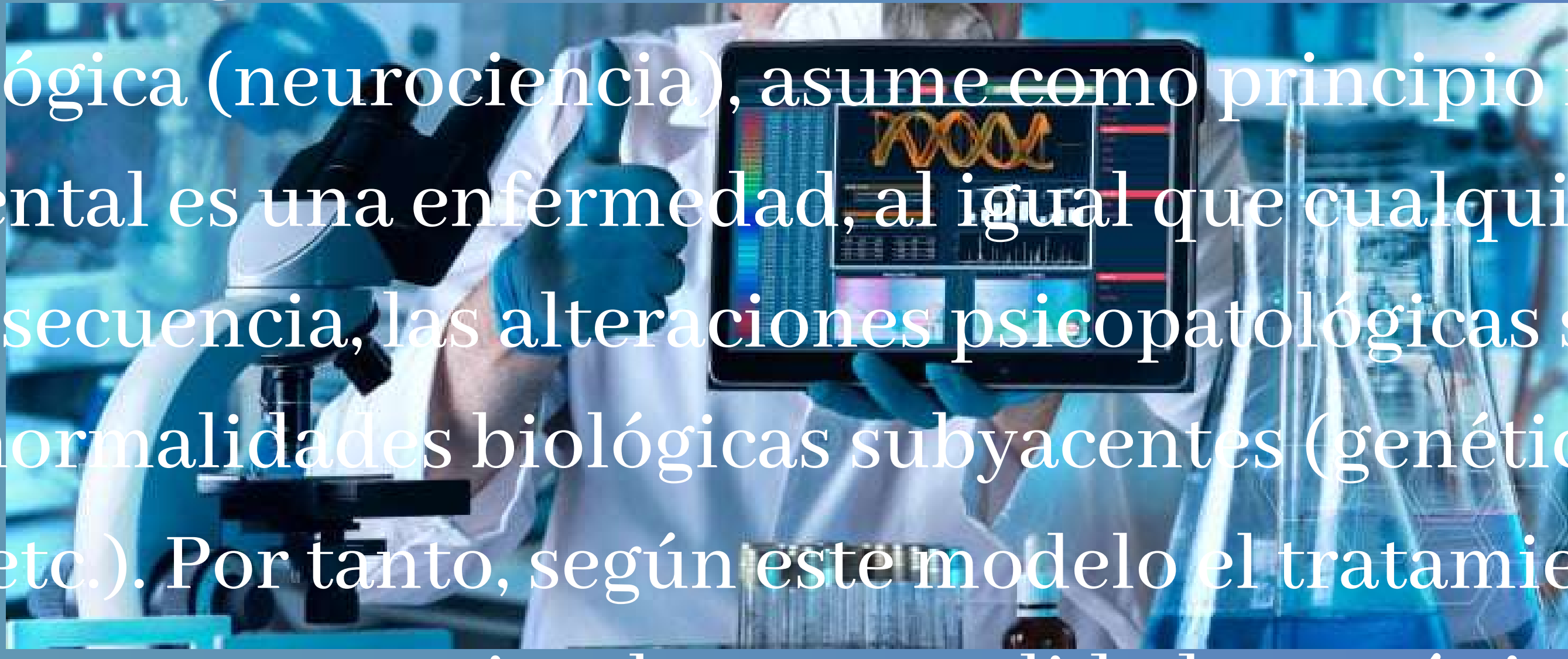
Si realmente se pudiera dibujar la línea que separara ambos conceptos, el de normalidad y el de anormalidad, la psicología de la personalidad trataría de establecer leyes que describan y expliquen la estructura, los procesos internos y el funcionamiento de la personalidad normal, y la psicopatología de establecer leyes que describan y expliquen muchos y distintos tipos de alteraciones o de personalidades trastornadas. Con esta simplificación de nuevo se vuelve a la necesidad de establecer unos criterios que identifiquen el límite entre lo normal/anormal.



Modelos en Psicopatología

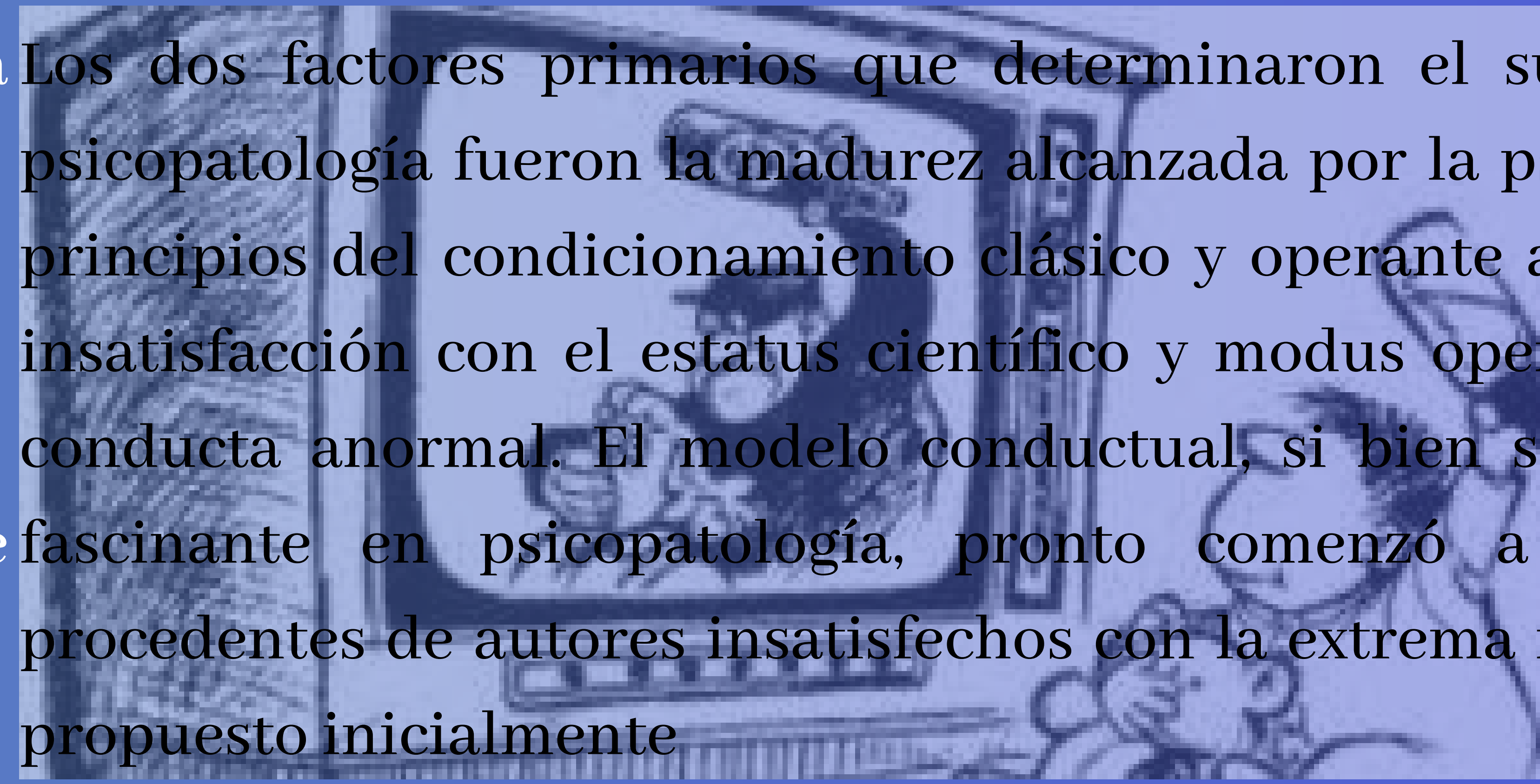
Modelo biológico

La perspectiva biológica, denominada también biomédica (o médica), fisiológica o neurofisiológica (neurociencia), asume como principio fundamental que el trastorno mental es una enfermedad, al igual que cualquier otra enfermedad física. En consecuencia, las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anomalías biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc). Por tanto, según este modelo el tratamiento deberá centrarse en corregir tales anomalías orgánicas.



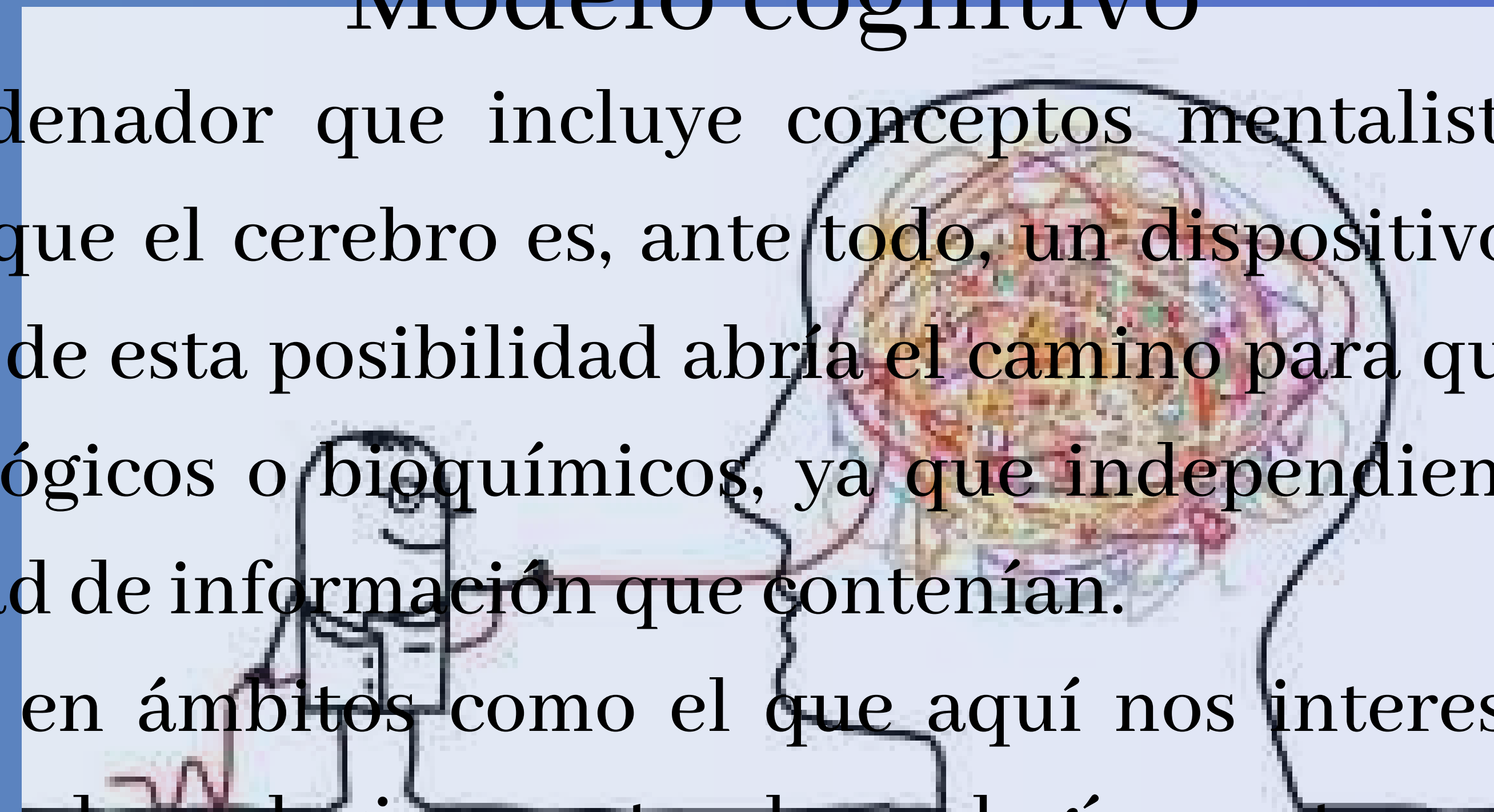
Modelo conductual

Los dos factores primarios que determinaron el surgimiento del modelo conductual en psicopatología fueron la madurez alcanzada por la psicología del aprendizaje (aplicación de principios del condicionamiento clásico y operante al control de la conducta anormal) y la insatisfacción con el estatus científico y modus operandi del modelo médico respecto a la conducta anormal. El modelo conductual, si bien se perfiló como una alternativa teórica fascinante en psicopatología, pronto comenzó a sufrir críticas internas, sobre todo procedentes de autores insatisfechos con la extrema rigidez del esquema estímulo-respuesta propuesto inicialmente.



Modelo cognitivo

Miller y sus colegas desarrollan la analogía mente-ordenador que incluye conceptos mentalistas tales como «imágenes mentales», «planes», «metas», «estructuras», «estrategias», etc. La analogía permitía, además, admitir que el cerebro es, ante todo, un dispositivo capaz de tratar con información, y no algo que sirve únicamente para responder a ciertos tipos de estímulos. El reconocimiento de esta posibilidad abría el camino para que los psicólogos pudieran investigar sobre las representaciones internas, sin necesidad de recurrir a marcos de referencia neurológicos o bioquímicos, ya que independientemente de su naturaleza física, esas representaciones internas podían comenzar a ser explicadas en términos del tipo y la cantidad de información que contenían.



Las dificultades presentes son especialmente relevantes en ámbitos como el que aquí nos interesa, el de la psicopatología, en donde las variables motivacionales y las diferencias individuales no pueden ser explicadas recurriendo exclusivamente a la analogía mente-ordenador, tal y como se planteaba desde la perspectiva del PI

Métodos de investigación en Psicopatología

El investigador debe afrontar varias cuestiones que podrían resumirse de la siguiente forma:

- 1) ¿cuál es el propósito de la investigación?
- 2) ¿qué tipo de muestra de sujetos debemos emplear?
- 3) ¿qué nivel de control de variables podemos o debemos llevar a cabo?



Integrando las tres dimensiones básicas (objetivos, sujetos y control de variables) se pueden perfilar 3 niveles diferentes, y en cada uno englobaríamos determinados métodos de investigación:

- Nivel del análogo experimental.
- Nivel clínico.
- Nivel epidemiológico.

Corresponde a objetivos estrictos de búsqueda de explicaciones etiológicas. En consecuencia, el control experimental es máximo, por lo que sólo se emplean sujetos seleccionados al azar (no pueden utilizarse sujetos clínicos o subclínicos). Por tanto, se trata de un nivel estrictamente experimental.

Los requisitos para establecer relaciones de causalidad mediante la experimentación son:

- Anteceder: los valores de la variable independiente se deben producir y medir antes de observar los valores de la VD.
- Covariar: las variaciones en los niveles de la VD deben coincidir sistemáticamente con los cambios de la VI.
- Descartar: causas alternativas variables extrañas.

Engloba los diseños con fines descriptivos de cuadros clínicos o relaciones entre variables. Los sujetos son básicamente clínicos, pero también pueden utilizarse subclínicos e incluso normales en investigaciones sobre relación de variables de interés psicopatológico. También se incluyen diseños que se designan habitualmente como experimentales, pero que al no seleccionar los sujetos al azar son denominados "cuasiexperimentales". Los diseños de "casos clínicos" o N = 1 son una modalidad.

Incluiría los métodos centrados en estudios de poblaciones, y habitualmente busca establecer descripciones de relaciones psicosociales. Utiliza una metodología de tipo correlacional, aunque algunos hablan de una "metodología experimental"

Clasificación y diagnóstico en Psicopatología

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:

Hersen (1988) refiere, además, que la clasificación en psicopatología debe responder a diversos propósitos de naturaleza científica y también política, entre ellos:

1. Aportar una nomenclatura y terminología común que facilite la comunicación y favorezca la fiabilidad;
 2. Servir de base acumulativa de documentación e información sobre cada categoría clínica;
 3. suministrar información descriptiva de cada una de las entidades clínicas básicas;
 4. Permitir hacer predicciones desde una perspectiva longitudinal
 5. Suministrar los conceptos básicos para hacer formulaciones teóricas.
- a) la organización de comportamientos o síntoma
 - 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
 - e) la determinación del reembolso económico a los profesionales que prestan servicios por parte de los seguros sanitarios o agencias externa



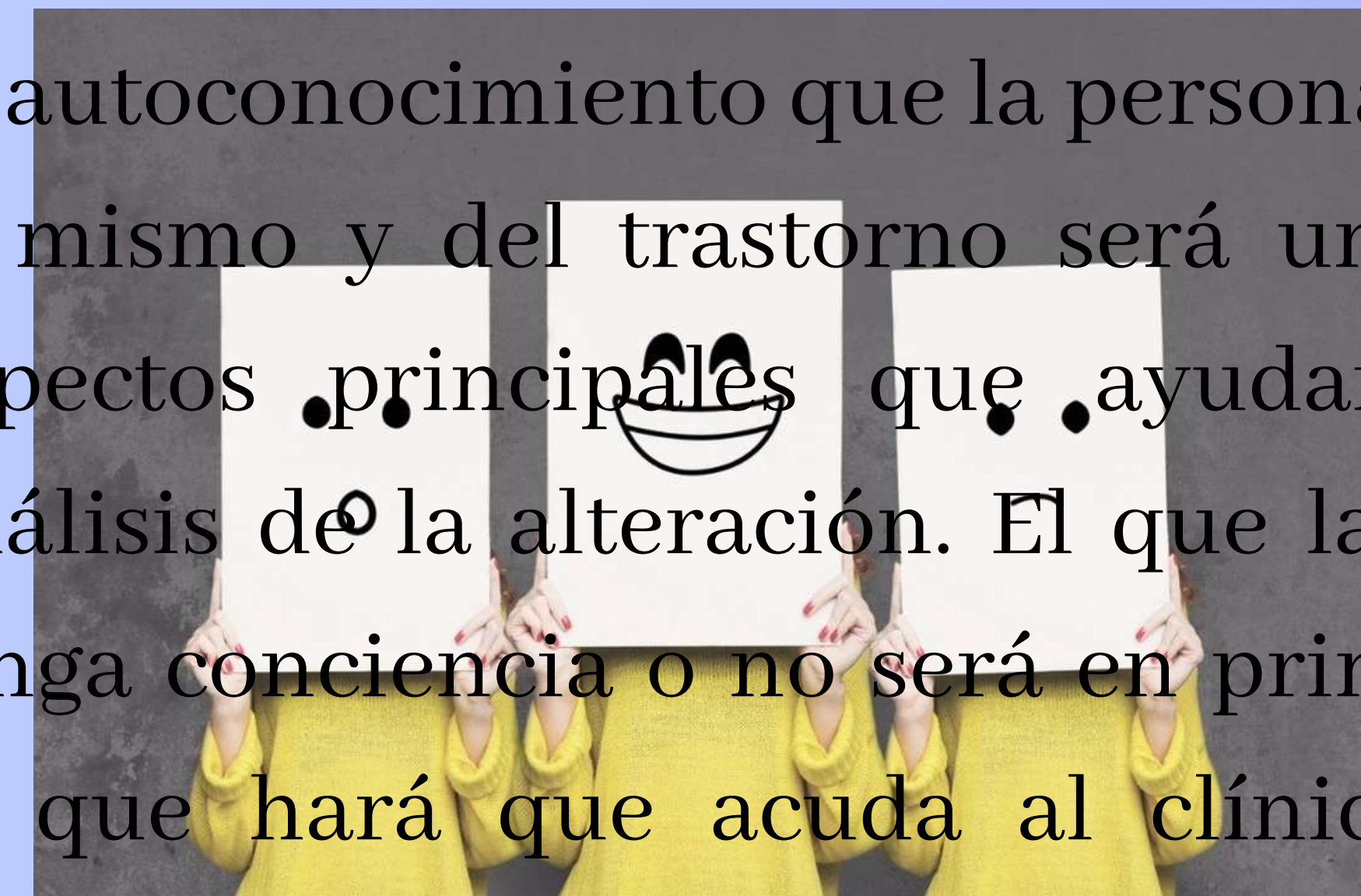
La noción de categorías clínicas se apoya en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes compartidos

Análisis de los fenómenos psicopatológicos

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.



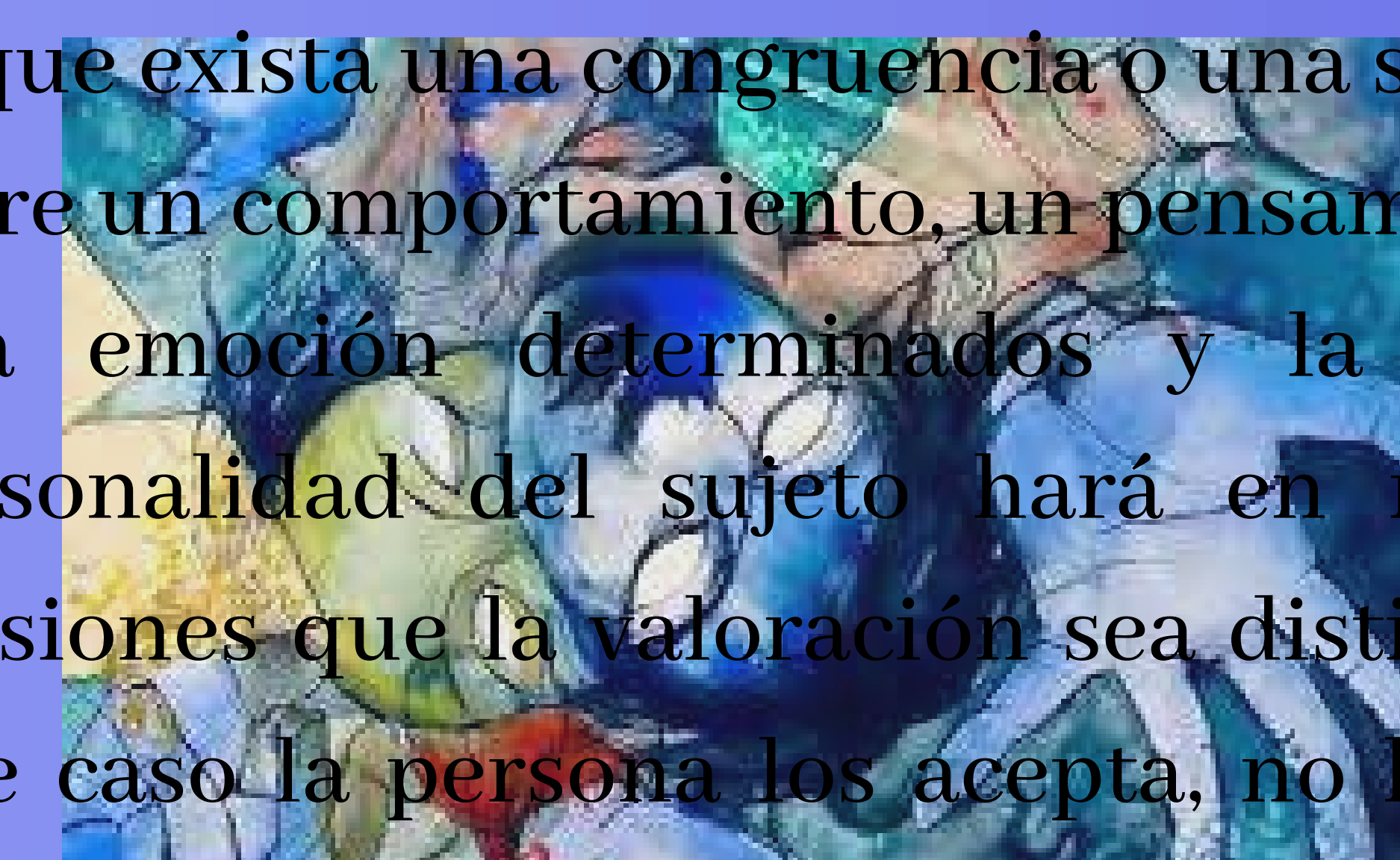
Función y contenido

Conocer e identificar estos aspectos ayudará al terapeuta a una mejor comprensión de todo el cuadro psicopatológico; así como a poder prevenir futuras reacciones consecuentes de su malestar psíquico



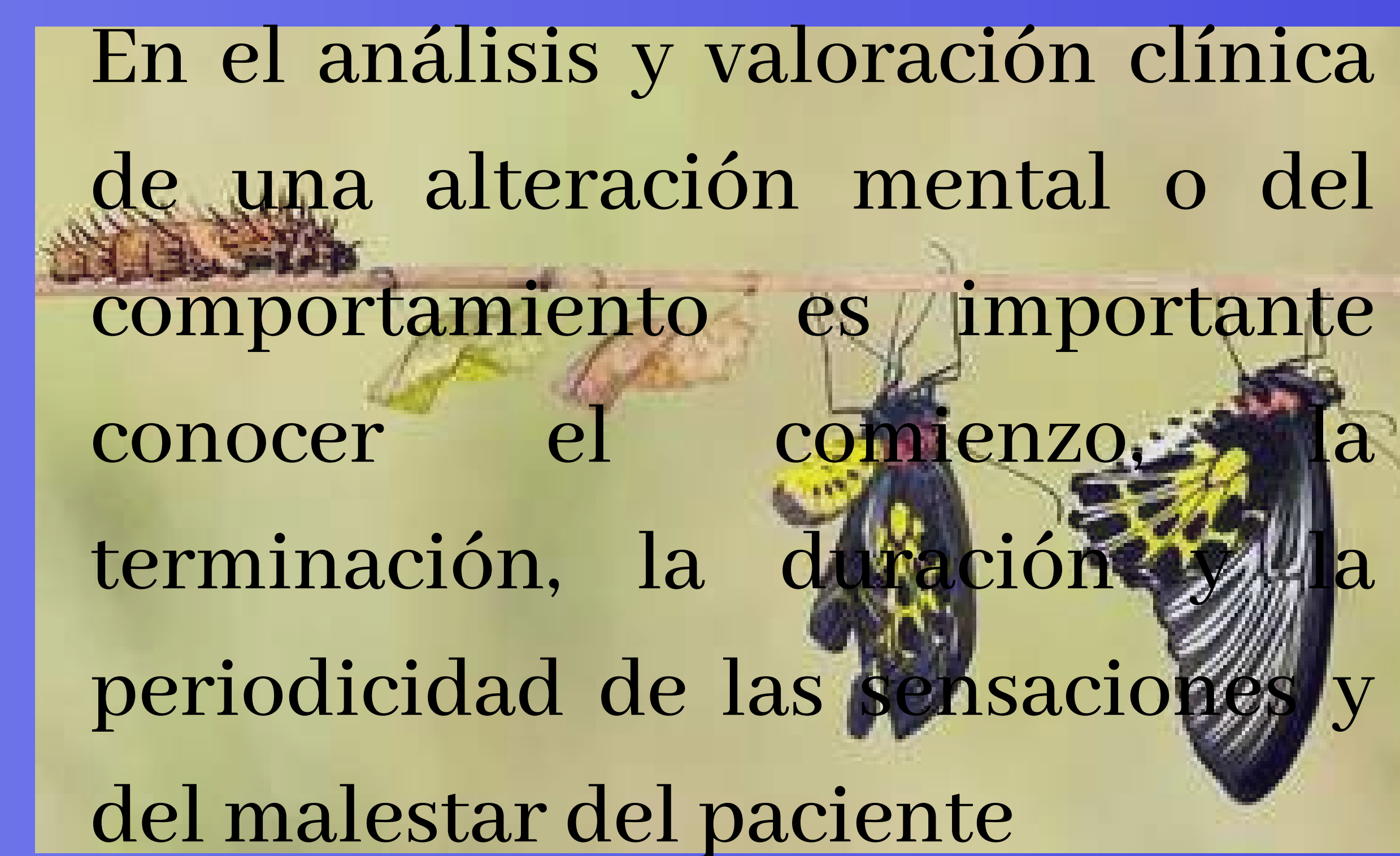
Egosintonía

El que exista una congruencia o 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



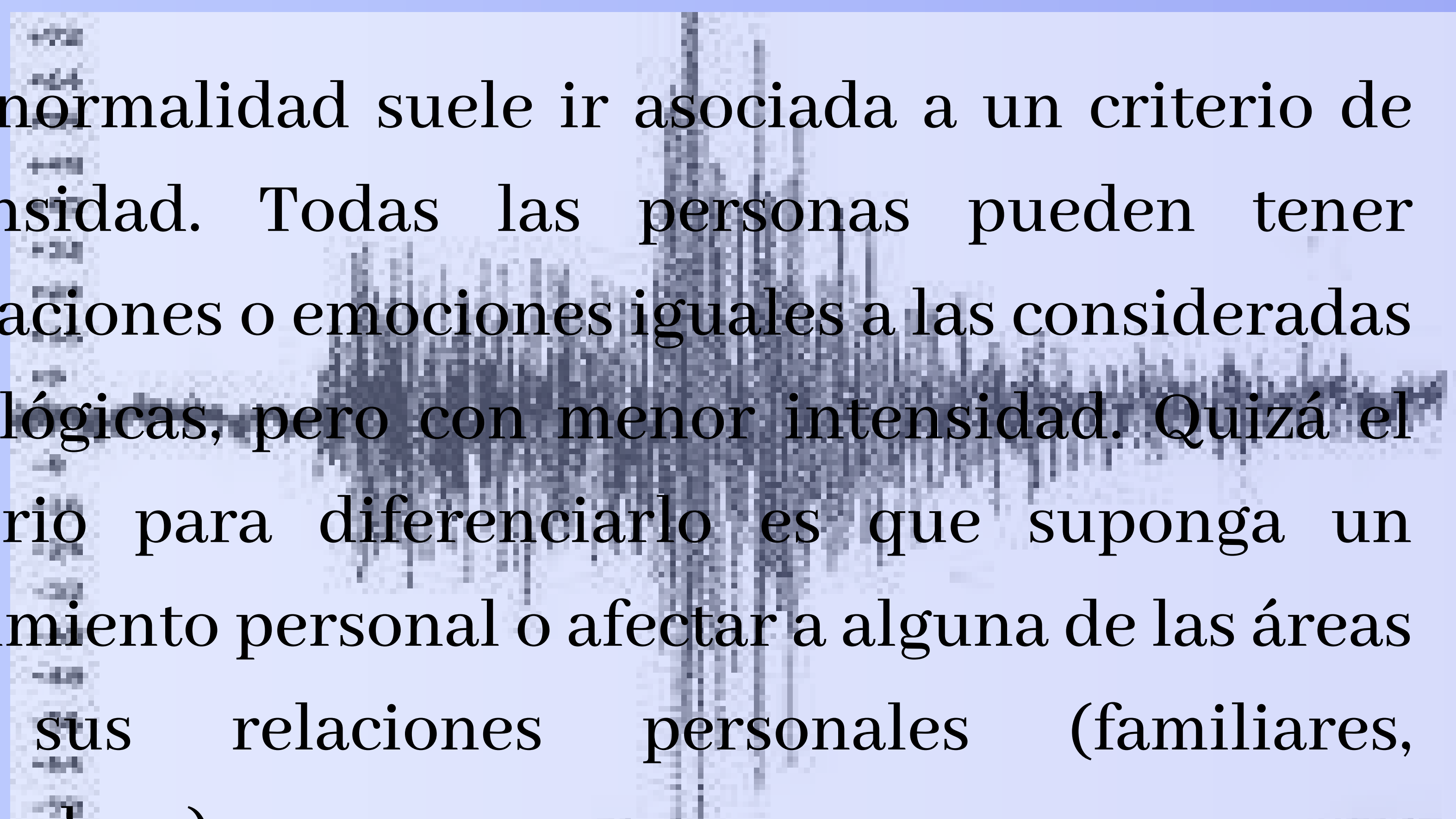
La evolución de la alteración

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



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...).



Dimensión cultural

La valoración del marco sociocultural en el que se encuentra la persona afectada es uno de los aspectos importantes a valorar para poder situar la posible alteración. Entender este aspecto es muy importante cuando se refiere a personas que pertenecen a otro país con una cultura distinta. Sin embargo, no se trata de considerar este aspecto sólo en los cambios de residencia o culturales.



Rasgos de personalidad patológicos

Son las principales manifestaciones de los trastornos de personalidad, siendo preciso diferenciarlos de las alteraciones psicopatológicas que se producen en una persona en un momento determinado de su vida.



Psicopatología de la atención

Aluden a «manifestaciones tolerables»

El primer problema con el que nos topamos al estudiar las alteraciones atencionales no es un problema «propio» de la psicopatología, sino heredado de la psicología como disciplina general: se trata de la propia definición de la atención

En el campo de la atención viene dada más por el individuo (paciente) que presenta la alteración que por la propia alteración. Realmente, la práctica totalidad de las denominadas «alteraciones atencionales» se refiere a experiencias que la mayoría hemos vivido en situaciones de fatiga, de excitación, de estrés, e incluso mucho más «normales» y cotidianas

Ni más ni menos, que la atención se encuentra en el nivel explicativo más básico de todo el proceso de conocimiento: la atención es condición necesaria para que se produzca conocimiento y, en tanto que actividad direccional de la mente, se encuentra involucrada en todos los procesos de adquisición de dicho conocimiento.



Psicopatología de la percepción y la imaginación

También denominadas como “engaños perceptivos”, son un conjunto de psicopatologías en las que una persona percibe una serie de imágenes que son productos elaborados en su mente, aunque los experimenta como si fuesen reales.

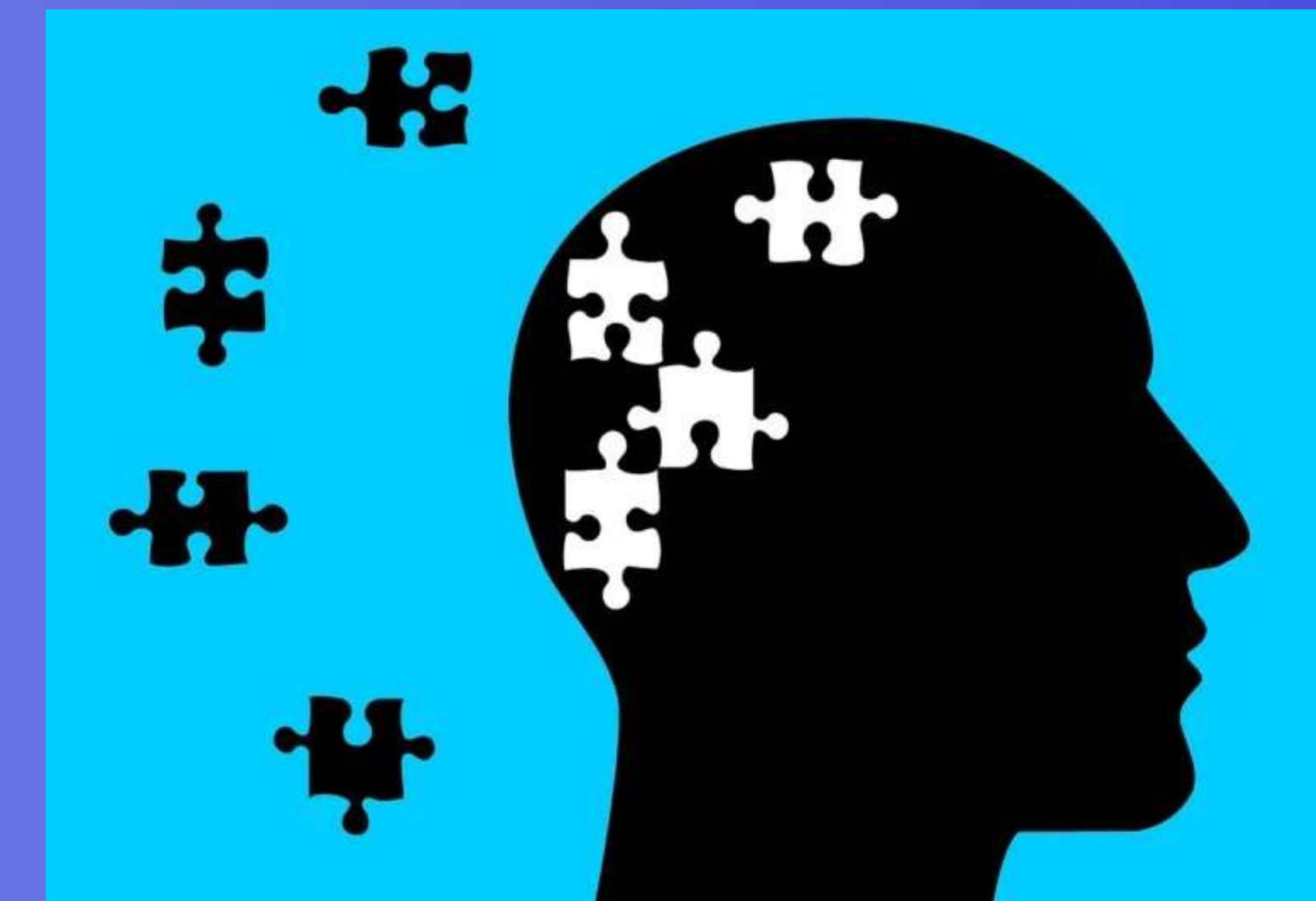
La imaginación podría ser porque la percepción y la imaginación presentan las mismas normas dentro de su proceso a través del funcionamiento de la mente humana. En estos casos, además, los órganos sensoriales encargados de la percepción y la imaginación, no tienen ninguna alteración que justifique esta anomalía, de forma que esta puede ser una característica clave para diferenciar las psicopatologías de la imaginación de las distorsiones perceptivas.

Sin embargo, cabe destacar que en algunas ocasiones las psicopatologías de la imaginación podrían llegar a originarse por alguna alteración o disfunción en los órganos sensoriales por diversos motivos (p. ej., por la ingestión voluntaria o accidental de alguna sustancia tóxica, por alguna disfunción cerebral, entre otras).



Psicopatología de la memoria

Esta psicopatología como lo hice se trata de la memoria, lo cual tiene que ver con los tipos de memoria que son:



Las cuales se atribuyen más a un daño cerebral lo cual afecta la memoria

Psicopatología del pensamiento

ALTERACIONES DEL CURSO O PROGRESIÓN DEL PENSAMIENTO

El estudio psicológico de los trastornos del pensamiento es una labor todavía incipiente y gran parte de los logros obtenidos hasta ahora se deben al empeño de los investigadores en estudiar las actividades psicológicas sirviéndose de tareas cuya realización requiere ejercer las actividades investigadas.

Algunos trastornos son

Pensamiento circunstancial

Trastorno del pensamiento, en el cual se observa un abundante flujo de ideas, relacionadas entre sí, dando múltiples rodeos pero logrando finalmente volver al tema.

Pensamiento tangible

Se observa que el flujo de ideas, relacionadas entre sí, están al margen del tema en cuestión y nunca queda claramente definido, ni se vuelve a retomar. (Parecido al anterior pero en este, no se logra entender el tema)

Pensamiento concreto

Ausencia significativa de razonamiento deductivo, inductivo, y por analogías, tomárselo literalmente. Impresión de un trastorno en la capacidad de abstracción y generalización del paciente.

Neogismo

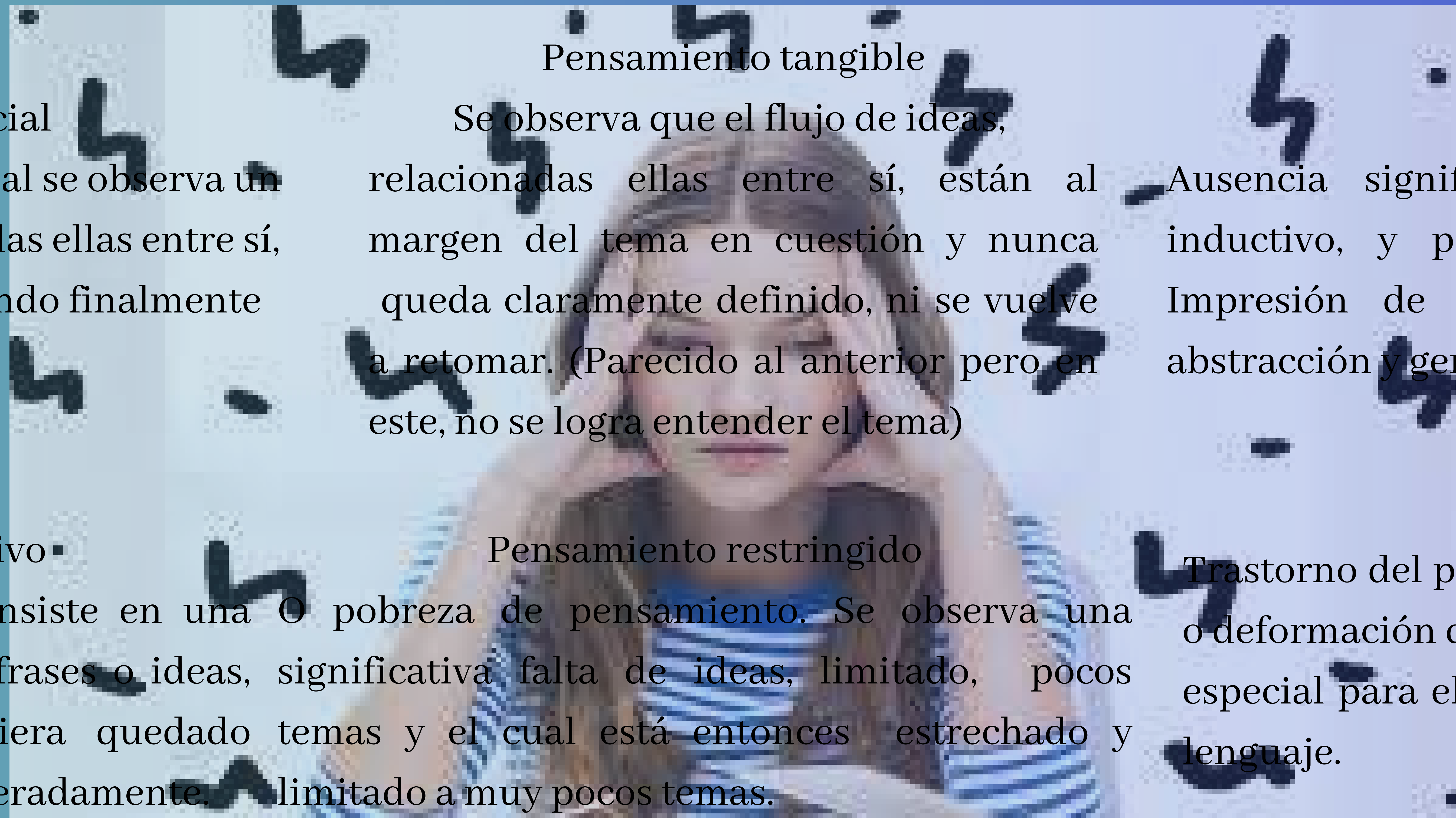
Trastorno del pensamiento que consiste en la creación o deformación de una palabra, que tiene un significado especial para el paciente y resulta absurda en nuestro lenguaje.

Pensamiento perseverativo

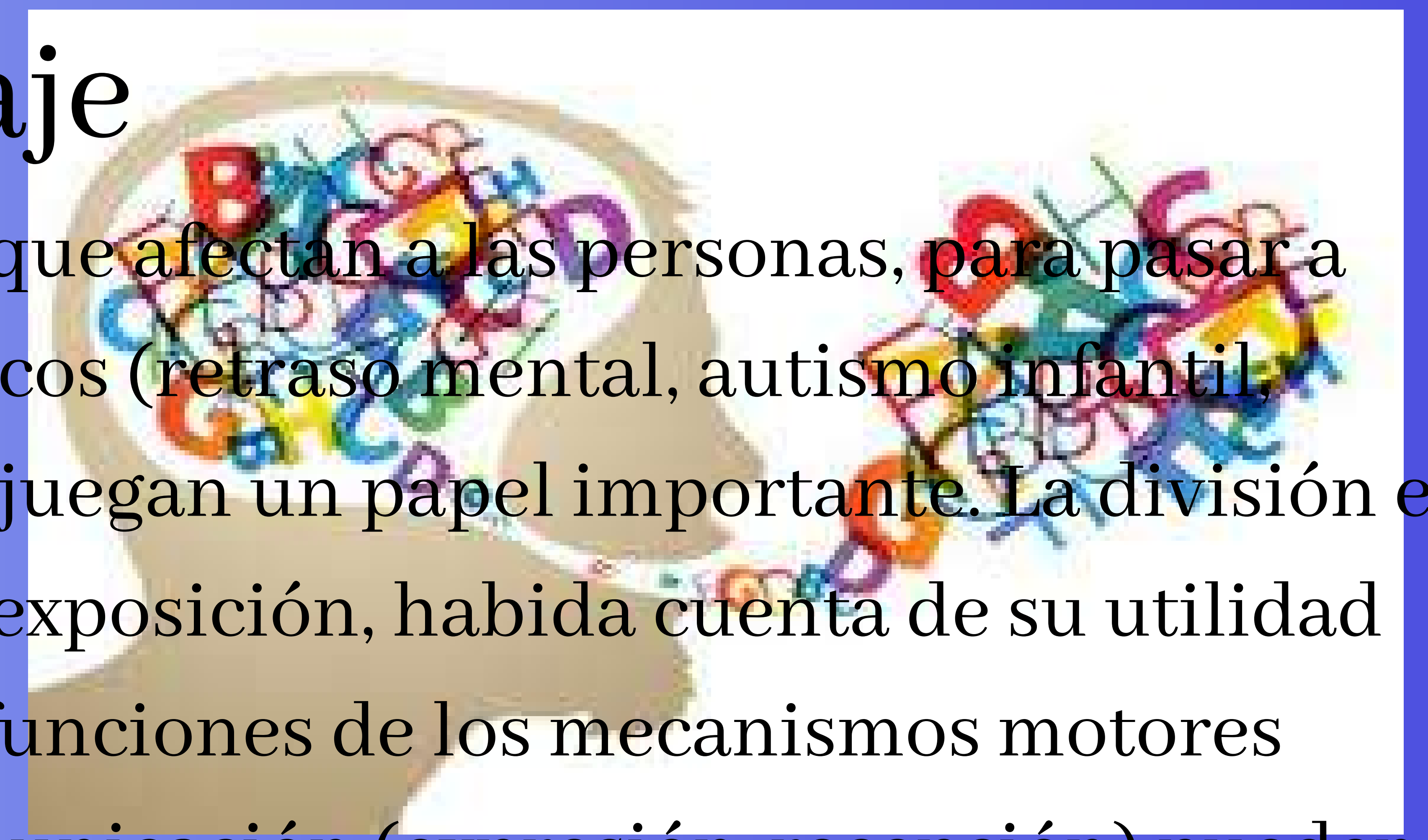
Trastorno del pensamiento que consiste en una persistente repetición de palabras, frases o ideas, dando la impresión que se hubiera quedado pegado en contenidos que repite reiteradamente.

Pensamiento restringido

Pobreza de pensamiento. Se observa una significativa falta de ideas, limitado, pocos temas y el cual está entonces estrechado y limitado a muy pocos temas.



Psicopatología del lenguaje

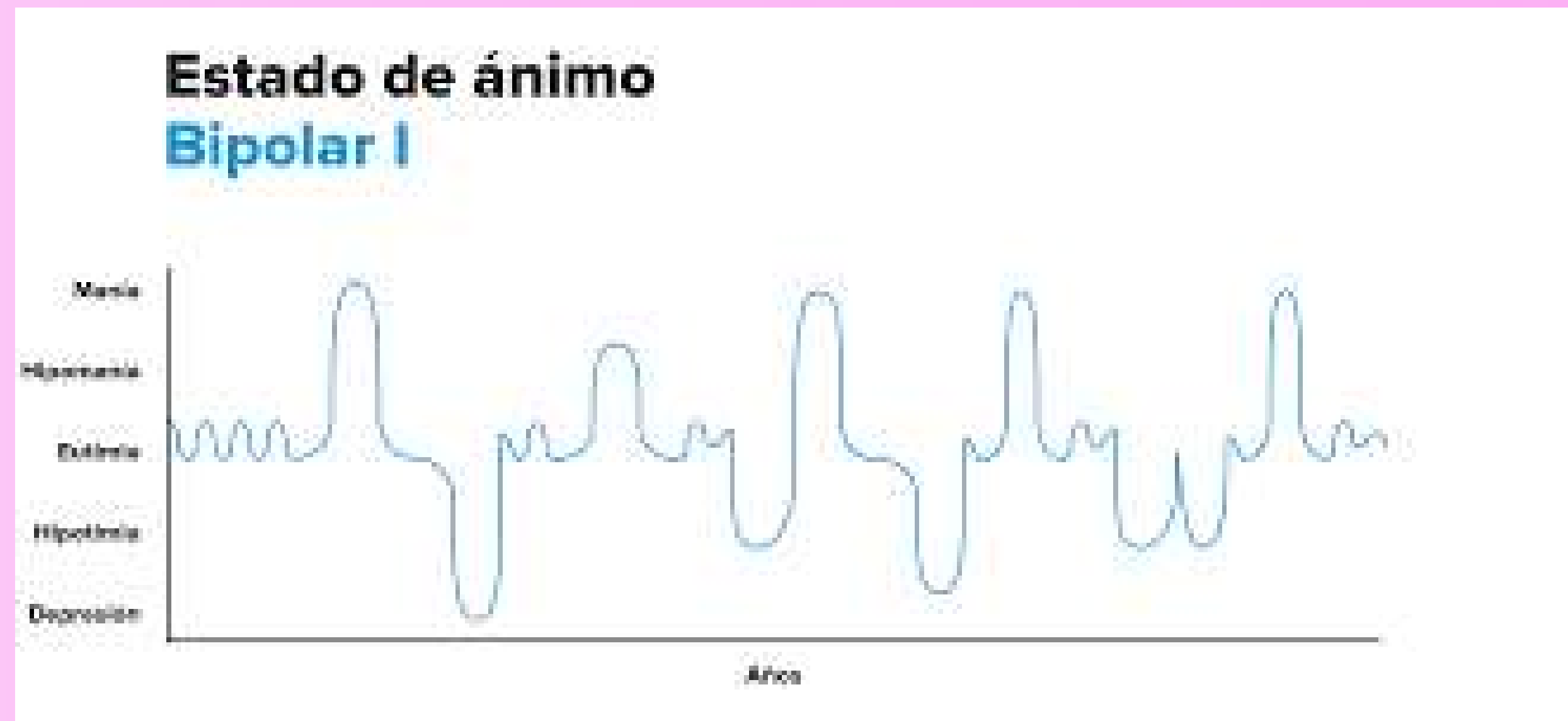


Nuestra aproximación parte de exponer los principales trastornos del lenguaje que afectan a las personas, para pasar a continuación a describir las características de diversos cuadros psicopatológicos (retraso mental, autismo infantil, esquizofrenia, depresión, demencia, etc.) en los cuales las alteraciones del lenguaje juegan un papel importante. La división en producción y comprensión del lenguaje se hará notar en el desarrollo de toda la exposición, habida cuenta de su utilidad clasificatoria de los diversos síndromes y de su vinculación etiológica con disfunciones de los mecanismos motores (producción) y sensoriales (comprensión). Tales mecanismos al servicio de la comunicación (expresión-recepción) pueden mostrar su disfunción a nivel central (por ejemplo, en las afasias), pero en modo alguno se ha de olvidar que también existen trastornos con etiología periférica

Unidad II

Trastorno bipolar I

Se caracteriza principalmente por la presencia de episodios maníacos. Los episodios maníacos son un período visible de al menos una semana en el que el estado de ánimo se eleva o se irrita de manera anormal y persistente, y hay un aumento anormal y persistente en la actividad o energía dirigida hacia un objetivo.



La mayoría de las personas con trastornos bipolares y relacionados también experimentan períodos discretos de depresión, que generalmente se caracterizan por una tristeza o pérdida de interés, fatiga, dificultad para concentrarse y/o trastornos del sueño o del apetito. Para ser diagnosticado con un trastorno bipolar, estos síntomas del estado de ánimo deben representar un cambio marcado comparado al funcionamiento normal de la persona.

También conocido como enfermedad maníaco-depresiva) causa cambios inusuales en el estado de ánimo, los niveles de energía y actividad, y la capacidad para realizar las tareas cotidianas. Entre sus síntomas están los períodos de depresión en alternancia con períodos de conducta de gran energía (lo que se conoce como “manía” o “episodios maníacos”)

Trastorno bipolar I. Episodio maníaco, hipomaniaco y depresivo

Episodio maniaco 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.

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 síndromico 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). Nota: Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente síndromico 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 indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A-F constituyen un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio de depresión mayor Criterios diagnósticos

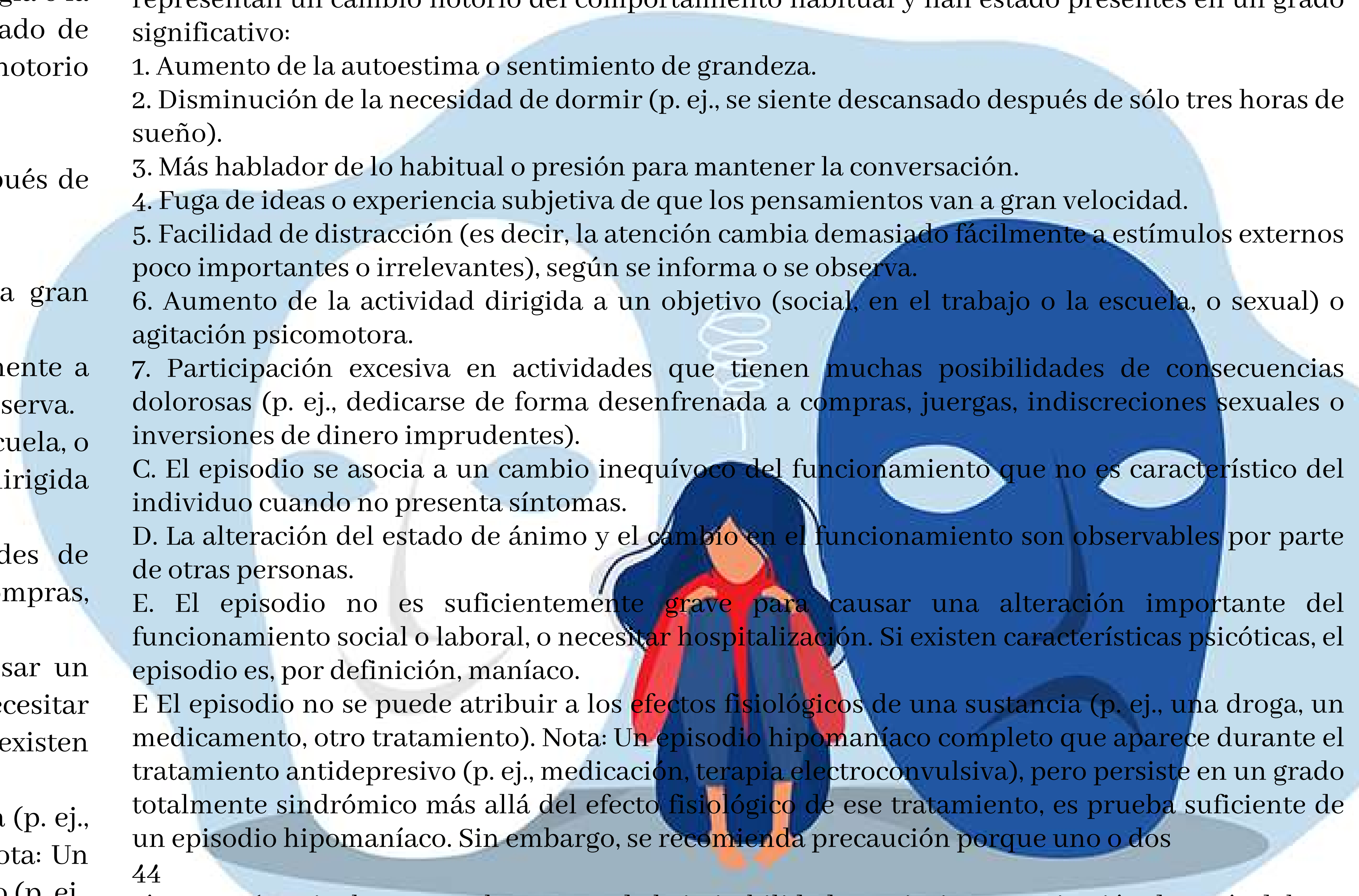
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra 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).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en 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. 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.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica



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

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.

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

Trastorno bipolar II. Episodio hipomaniaco y depresivo

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 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 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, 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).
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 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.

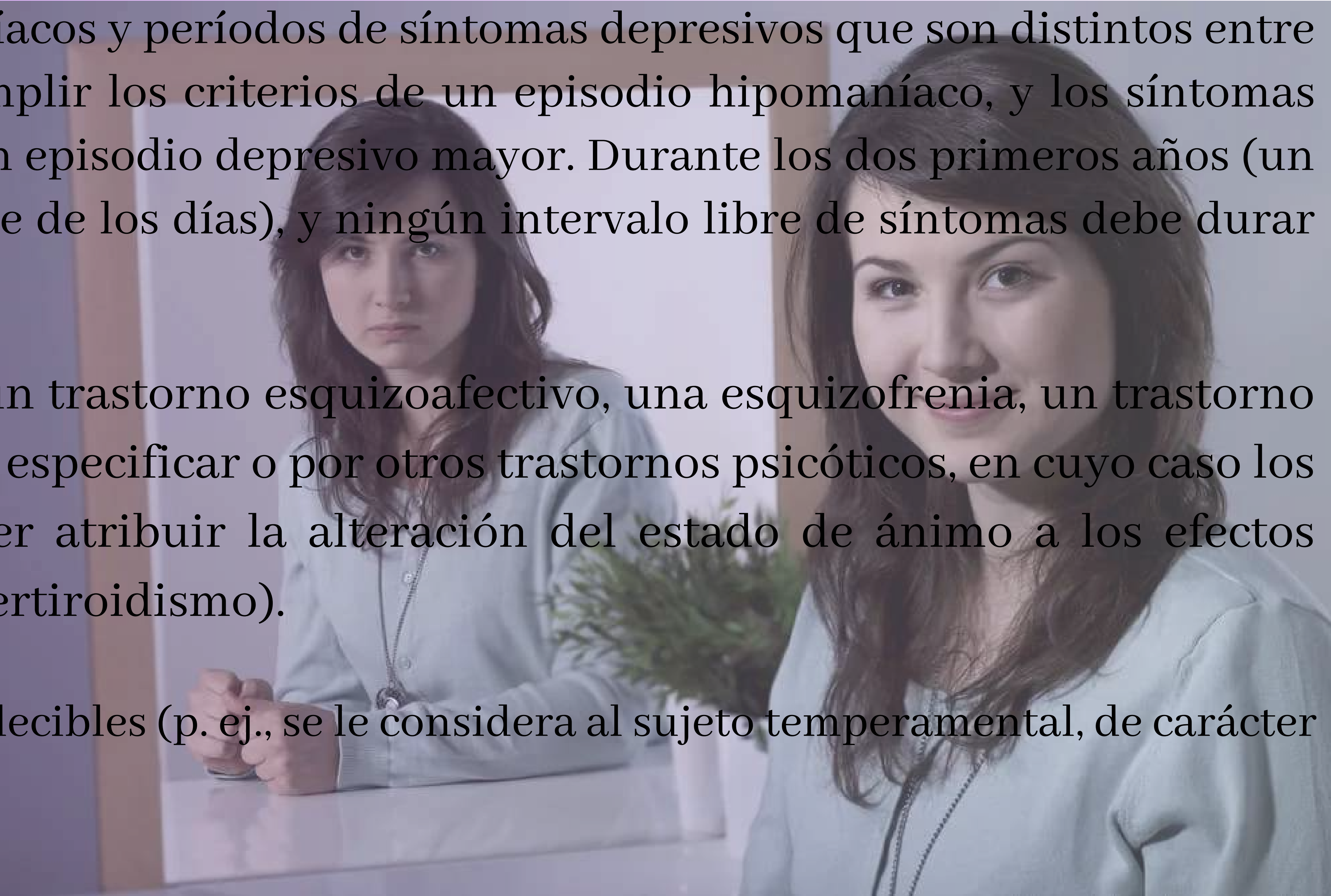
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

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.

No se debe diagnosticar el trastorno ciclotímico si el patrón de los cambios de humor se explica mejor por un trastorno esquizoaectivo, una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, 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).



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).

Criterios diagnósticos

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, 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, maníaco o hipomaniaco.

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoaectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de 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.

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 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.

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

• Criterios diagnósticos

• A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) 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).

• E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D. F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

• G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

• H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.

• I. 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 hipomaniaco.

• Nota: 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.

• J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

• Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaniaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

• K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Trastorno de depresión mayor

Menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica 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 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.

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 previo; 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 otra 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, 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).
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 de 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 de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de 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 autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva 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.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Episodio 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.

Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos".

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.

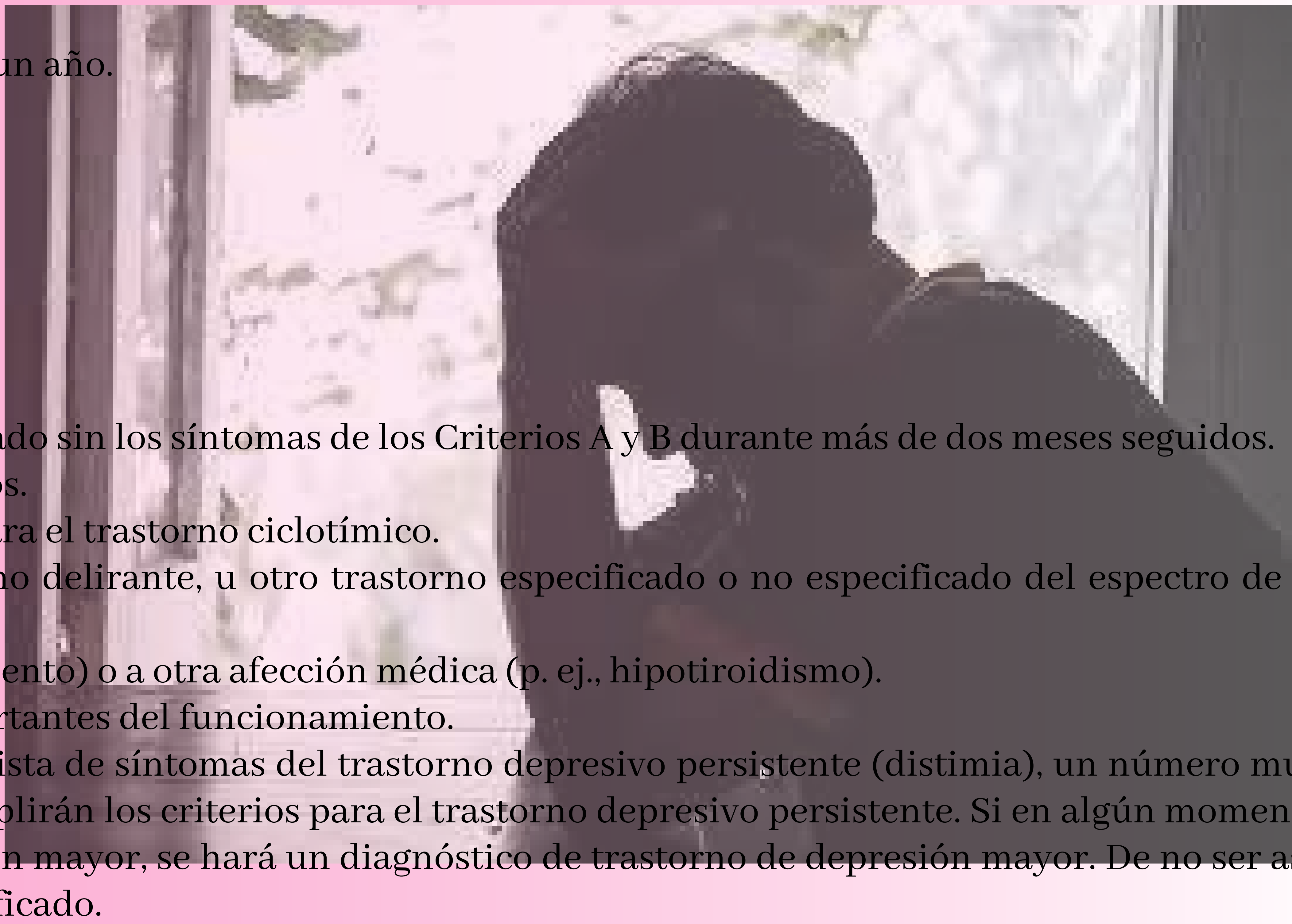
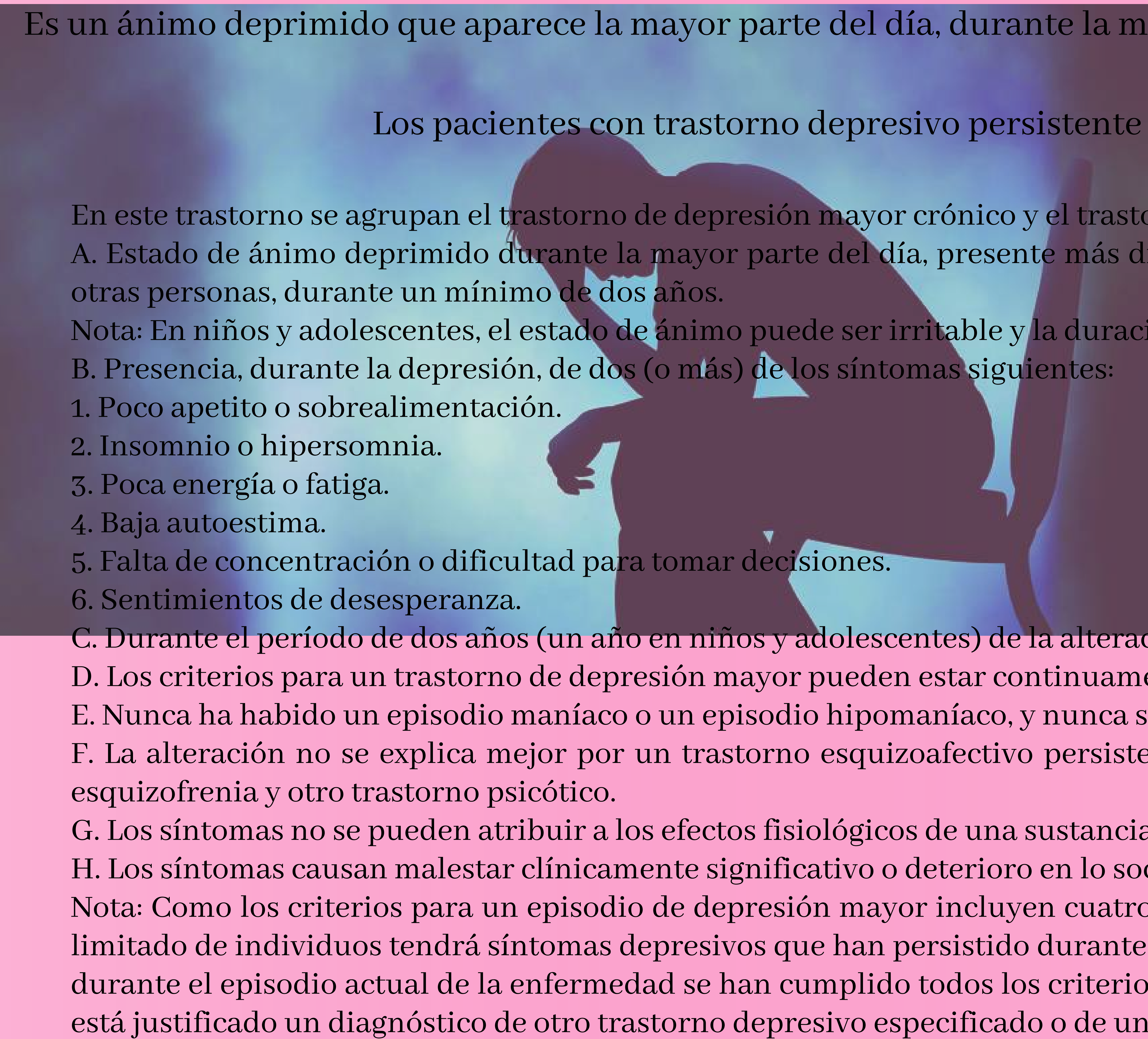
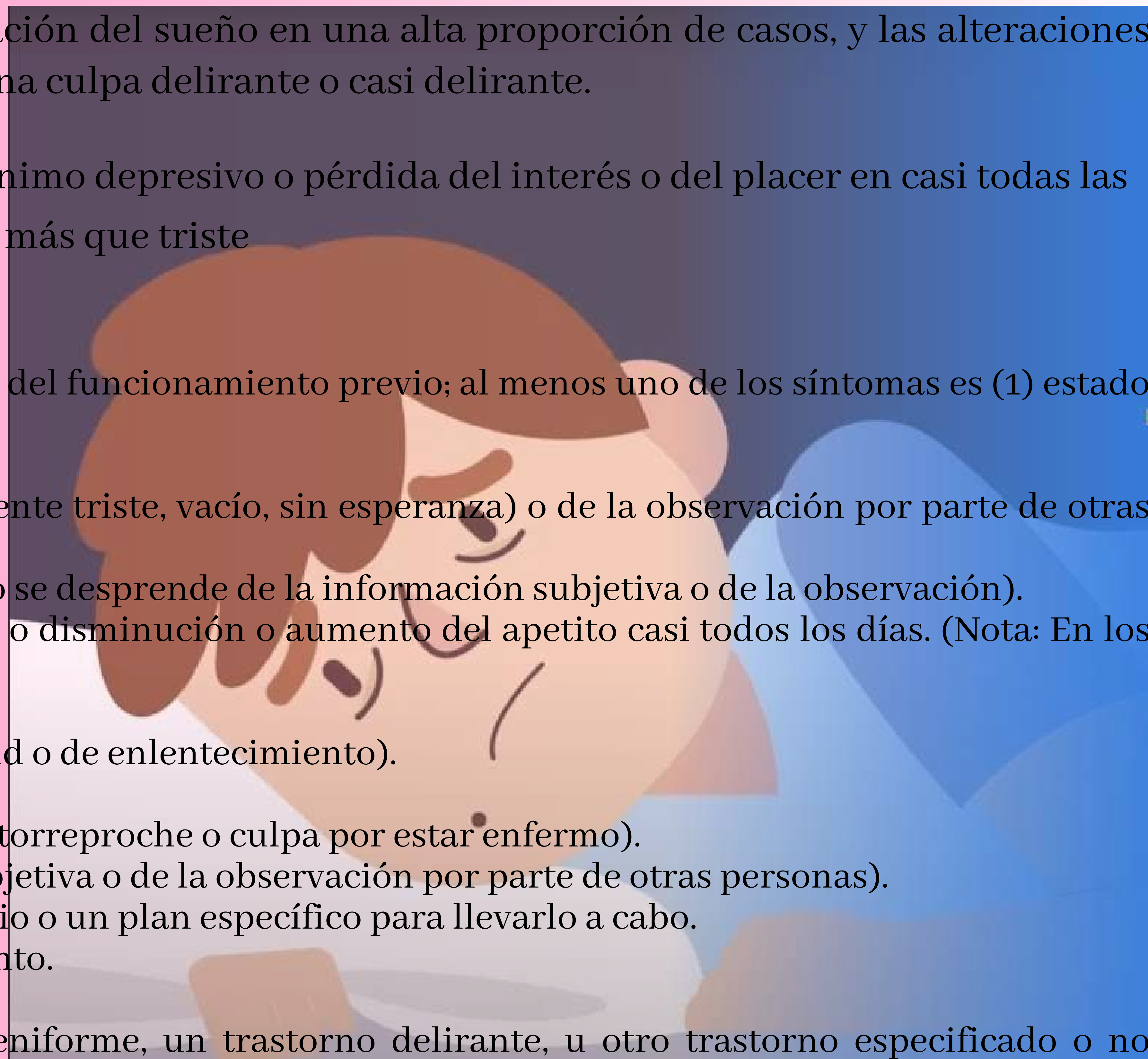
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo 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 durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.



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.

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

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 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. Hipersomnía o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
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).

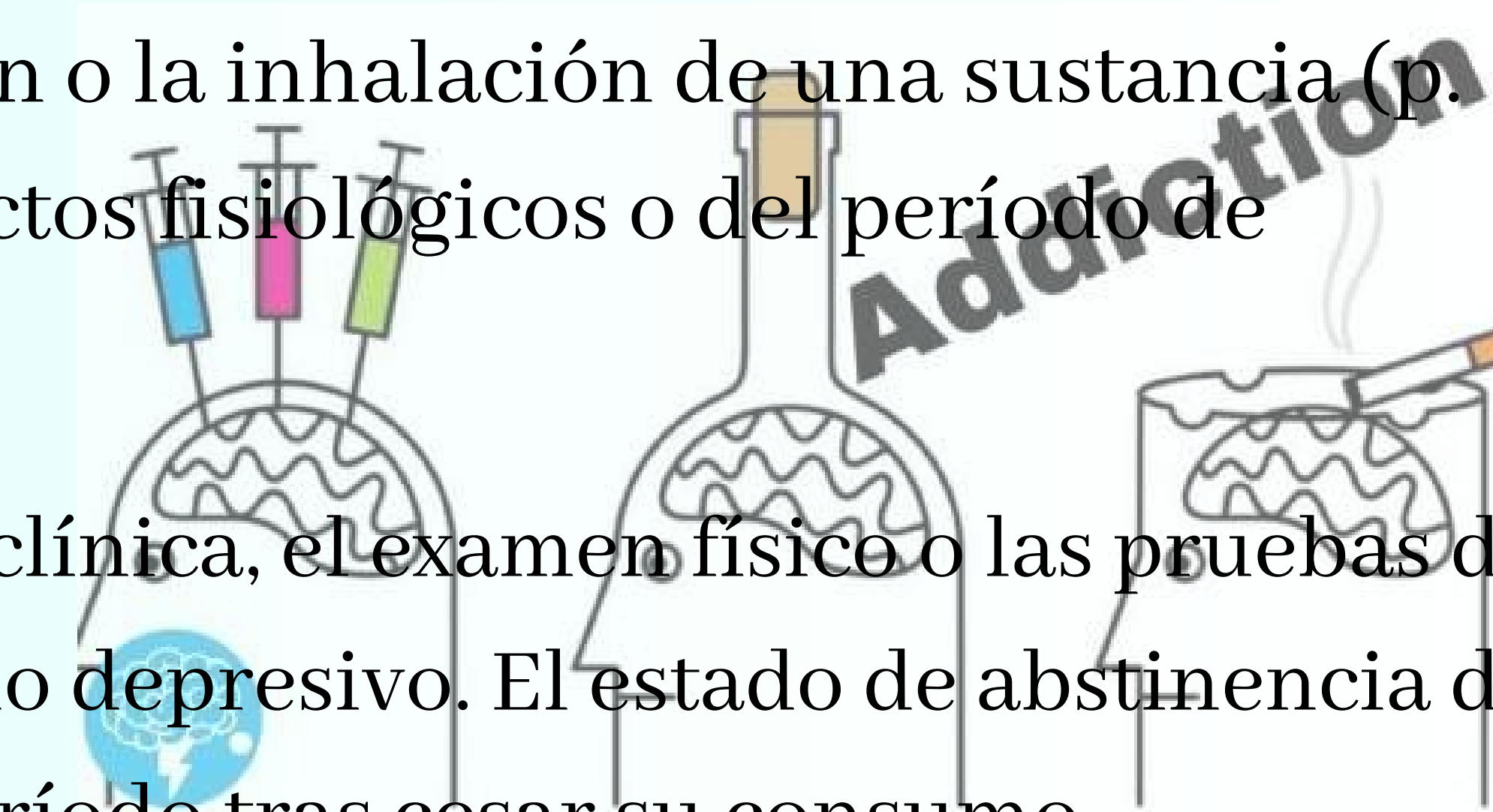
E El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

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).

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

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.

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.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

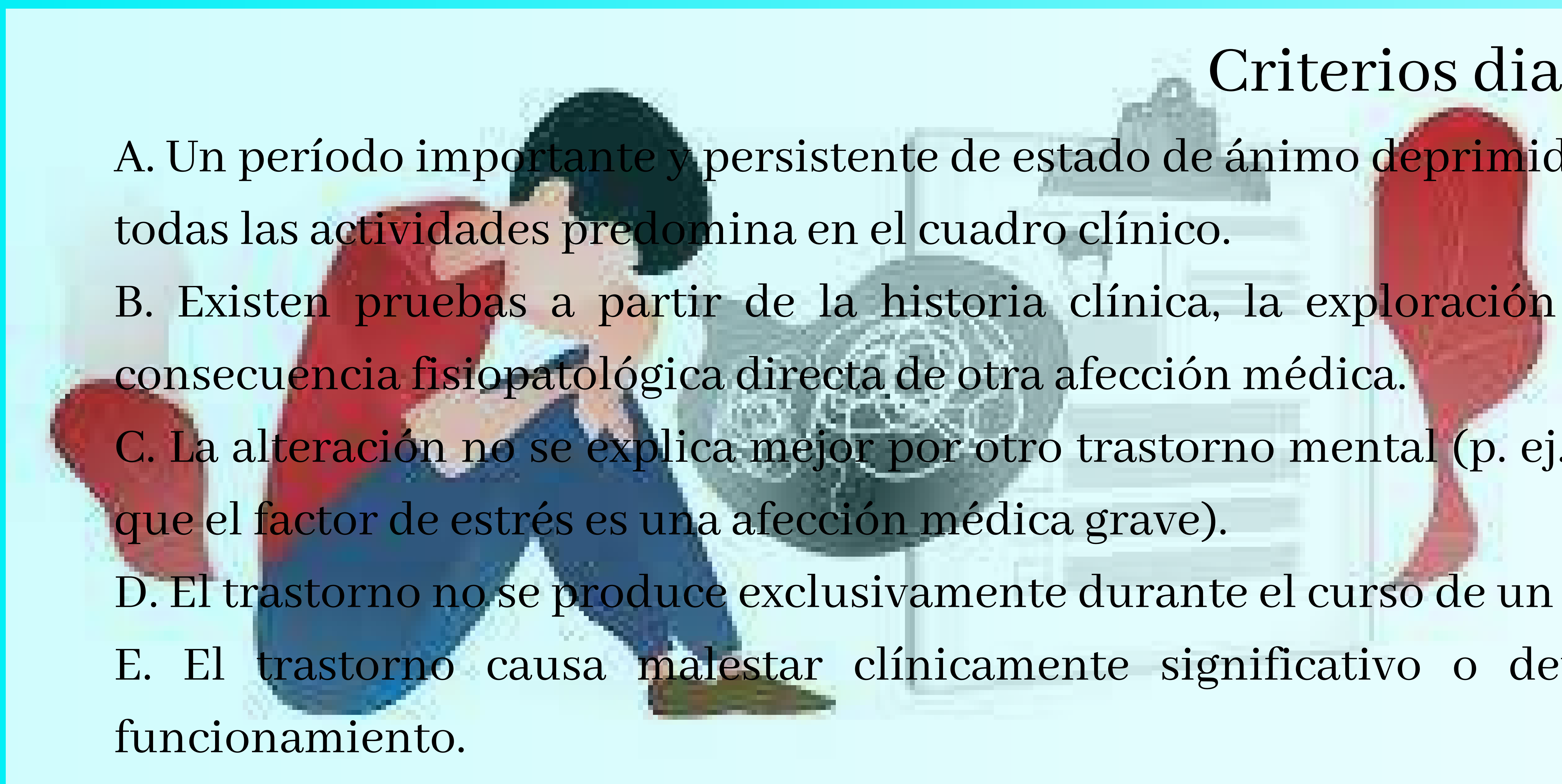
E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

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.

Criterios diagnósticos

- 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.



Bibliografía

- Síntesis de la historia de la psicopatología autores: María Fernanda Vásquez Adames, Fernando Lebron, María Isabel Cruz Rodríguez y José Aneudy Santiago Díaz.
- <https://psicologodecabecera.com/psicopatologia-que-es/psicologoenmadrid>
- Antología UDS sexto cuatrimestre clave: LPS-601
- <https://psikipedia.com/libro/psicopatologia-1/1924-la-investigacion-en-psicopatologia>
- <https://psicologiaymente.com/clinica/psicopatologias-imaginacion>
- Psicopatología del Pensamiento publicado por Melanie Arévalo Vera Tudela.
- <https://www.mindyra.com/es-cr/solutions/adults/bipolar-i>
- <https://www.fda.gov/consumers/articulos-para-el-consumidor-en-espanol/informacion-sobre-el-trastorno-bipolar-y-los-tratamientos-aprobados-por-la-fda>

Conclusión

En estas dos unidades podemos apreciar el principio de la psicopatología el término utilizado y sus métodos tan drásticos, que era la demonología que llevo a que usaran métodos drásticos en donde lo que se usaba era la tortura buscando diversas maneras sumamente dolorosas para “sacar a los demonios”, fue avanzado y en un momento le quitaron ese término ya lo comenzaron a investigar más a fondo aunque tampoco usaban buenos métodos para experimentar, esto llevo al término “locura”, pero, volvieron a otra vez a la demonología, después comenzó otra vez la búsqueda para saber más de lo que eran todo lo que pasaba, surgió el hecho de la mente sabiendo de la información que contiene que hay un sistema complejo por dentro, el cual puede ser afectado al hacerlo puede llevar a diversas condiciones incluso trastornos, las cosas gracias a todos los descubrimientos tanto bueno y malos han hecho un increíble cambio logrando con ello un buen trato a los pacientes, ahora tienen derechos, incluso llevar a cárcel si el psiquiatra o psicólogo no hace lo que se debe hacer.

Ahora se pueden identificar de forma más fácil identificar los trastornos ya que existen libros como el DSM-5 y el CI ambos manuales para poder identificarlos, llegado a descubrir si existen rasgos o también si tenemos algún tipo de trastorno, gracias a esto se llegan a tratar los trastornos, patologías y condiciones de manera correcta, haciendo que las personas lleguen a entenderlos y comprender con ellos, logrando mejoras para las vidas de todos.