



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Briseida michel caballero corzo

Nombre del tema: introducción a la psicopatología y trastornos depresivos, trastorno bipolar y relacionados

Parcial: 1er parcial

Nombre de la Materia: Psicopatología I

Nombre del profesor: Luis Ángel Galindo Arguello

Nombre de la Licenciatura: Psicología

Cuatrimestre: 6to cuatrimestre

INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y TRANSTORNOS DEPRESIVOS, TRANSTORNO BIPOLAR Y RELACIONADOS

Antecedentes de la psicopatología

En el siglo XIX es cuando se da un mayor refinamiento y mayor claridad conceptual en psicopatología. Griesinger sostiene que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro. Morel sostiene que las enfermedades mentales serian la expresión de una degeneración genética que iría desde la neurosis a las psicosis desembocando en último término en la deficiencia.



A finales del siglo XIX se produce un retorno a la clínica: Kahlbaum plantea que los diversos tipos de enfermedades mentales son en realidad complejos de síntomas que varían con la evolución del propio proceso.

Kraepelin elaboro un sistema clasificatorio en el que se apoyan las recientes clasificaciones psiquiátricas: Propone la creación de sistemas basados en las manifestaciones clínicas y no en el supuesto de sus causas.

A finales del siglo XIX aparecen teorías psicológicas alternativas. Emerge la figura de Charcot (hipnosis en histeria), Breuer y Freud (se erigen como autores para explicar lo psicopatológico).



Conceptos de psicopatología



La psicopatología es la ciencia que estudia la etiología y las características de los trastornos psicológicos. Es una ciencia a la que nos hemos de acercar desde un modelo multidisciplinar, ya que se nutre de disciplinas científicas diversas, como la psicología, la biología, la neurología, la genética, la fisiología, la sociología y la antropología. Todas estas disciplinas contribuyen a la elaboración de la psicopatología, y probablemente ninguna de ellas se baste por sí sola para explicar los fenómenos anormales.

Conceptos básicos de la psicopatología

La psicopatología no se encuentra sola en su interés por la anormalidad psíquica, sino que comparte con otras disciplinas un interés básico en la comprensión y explicación de la conducta humana.

Las disciplinas que, por su objeto de estudio, son de especial interés en su relación con la psicopatología, son la psiquiatría, la psicología clínica, la psicología de la salud y la psicología de la personalidad.



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.

A la hora de definir las tareas que conciernen al psiquiatra, difícilmente se distinguen de las del psicopatólogo.



La psicopatología es el fundamento o la ciencia base sobre la que se trabaja posteriormente en clínica, pero, a su vez, esta clínica suministra información y esclarecimiento para la primera. Por tanto, la distinción es siempre un poco forzada. 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

La psicología clínica se interesa por el diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento. Se ha considerado una disciplina aplicada que se ocuparía de los aspectos prácticos de la clínica diaria, mientras que la psicopatología está más ligada al empleo de métodos experimentales para describir y explicar la conducta anormal.





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.

Modelos en psicopatología

Nos centraremos únicamente en tres grandes orientaciones teóricas que cubren adecuadamente el panorama de la psicopatología científica actual, es decir, las perspectivas biomédica, conductual y cognitiva.



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 anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc.). Por tanto, según este modelo el tratamiento deberá centrarse en corregir tales anormalidades orgánicas.

Modelo conductual

A principios de la década de los sesenta, el modelo conductual se perfilaba en Estados Unidos y en Europa como un nuevo paradigma de la psicología clínica, alternativo a las insuficiencias del modelo médico (antes descrito) y en principio más explicativo y útil.

Aparte de la insatisfacción con el modelo biomédico, la emergencia del modelo conductual se produjo merced al auge experimentado por la psicología del aprendizaje.





Así pues, podríamos decir que 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

El actual modelo cognitivo de la psicología no es, desde luego, nuevo en la historia psicológica. Como dijo Delclaux (1982), esta orientación ha existido desde siempre en la psicología, pues el estudio de la actividad mental y de la conciencia, temas centrales en la psicología cognitiva actual, fueron para W. Wundt y W. James los objetos constitutivos de la investigación psicológica.

En conclusión, **El modelo cognitivo** es un modelo de psicopatología en el que cobran suma importancia los fenómenos cognitivos o mentales por encima de la conducta anormal a la hora de establecer el diagnóstico de un trastorno mental, y es por ello que los fenómenos subjetivos son muy relevantes, de manera que el psicólogo se fija tanto en el contenido como en la forma de la información que da el paciente en consulta.



Métodos de investigación en psicopatología

En psicopatología, las cuestiones más importantes objeto de investigación se centran en el análisis de los fenómenos relativos a la etiología y al diagnóstico de los trastornos mentales, extendiéndose en ocasiones en la prevención de los mismos.

La psicopatología se desarrolla a partir de una pluralidad de métodos derivados del método científico. El método experimental es el más adecuado para explicar la conducta anormal por ser más eficaz al determinar las relaciones causa-efecto. Permite manipular el ambiente de forma específica y determinar el efecto producido sobre la conducta del sujeto.

A la hora de describir y clasificar la conducta anormal, los métodos clínico y de observación han sido las estrategias más productivas. Aunque no son eficaces para establecer relaciones causales, sí lo son para sugerir hipótesis y aumentar el grado de confianza de las mismas.



La observación clínica controlada es esencialmente un método de correlación, presentando la prueba de una correlación (o la falta de ella) entre dos series de acontecimientos: una los aspectos clínicos de la conducta, y otra sus experiencias previas. Ni la provocación experimental ni la relación causal por sí solas son suficientes para el desarrollo científico de la psicopatología.

Clasificación y diagnóstico en 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. En cierto modo, 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.



Las clasificaciones utilizadas en psicopatología dejan en suspenso, en sí mismas, entrar en la definición del fenómeno de anormalidad y otras cuestiones epistemológicas, para dar respuesta a la necesidad de organizar nuestras percepciones de los diversos fenómenos conductuales.

Análisis de los fenómenos patológicos

En este apartado se trataría de considerar una parte de la psicopatología aplicada o clínica. Durante una exploración clínica, ante un paciente concreto conviene tener un esquema que ayude a poner de manifiesto las diversas dimensiones de cada uno de los fenómenos psicopatológicos.



La 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.



Función y contenido Ante una persona con dificultades mentales conviene distinguir la función psíquica afectada (cognitiva, perceptiva, motora...) del contenido temático de la alteración propiamente dicha. El ejemplo más claro es en los casos en los que hay que diferenciar una alucinación de una idea delirante. Esto es, una persona puede expresar que oye voces que hablan sobre él y le critican, y otra estar convencida de que en la televisión se refieren a él continuamente.

Psicopatología de la atención

La psicopatología de la atención no ha sido precisamente uno de los temas más «llamativos» de la psicopatología. De hecho, y parafraseando a Cromwell (1978), aluden a «manifestaciones tolerables»: a nadie se le hospitaliza por tener un tiempo de reacción más lento, o por tardar más milisegundos en leer el color de una palabra. Sin embargo, a pesar de ser tan poco llamativas, las alteraciones atencionales han ido cobrando, paulatinamente, una importancia inusitada a la hora de explicar muchos trastornos psicológicos.



Psicopatología de la percepción y la imaginación

Las psicopatologías de la imaginación y las de la percepción constituyen temas centrales para la investigación psicopatológica, además de representar, en algunos casos, signos casi inequívocos de trastorno mental para el lego.

Las razones son varias: por un lado, porque los fenómenos que abarcan, como por ejemplo las alucinaciones, suelen ser extraordinariamente llamativos y extraños; por otro, porque en muchos casos estos fenómenos conllevan anomalías en una de las habilidades mentales más complejas y discutidas: la imaginación; y por último, porque se imbrican, además de con la imaginación, con uno de los procesos o funciones mentales más importantes para la supervivencia y la adaptación de los seres vivos: la percepción.

Psicopatología de la memoria

El ser humano está formado por recuerdos. Lo que somos no es más que aquello que somos capaces de recordar y de integrar, las experiencias que se vivieron en el pasado y nos definieron. Es por ello que la memoria es una función cognitiva tan importante y valiosa.

Algunas circunstancias de la vida, desde el irrefrenable paso del tiempo hasta la aparición de enfermedades o la irrupción de accidentes de diverso tipo, pueden comprometer el modo en que esta se expresa de manera temporal o permanente.





Psicopatología del pensamiento

La esquizofrenia es el trastorno mental en el que más se suelen dar los diferentes ejemplos de la psicopatología del pensamiento, por lo que están fuertemente asociados mutuamente. También pueden darse estas psicopatologías en los trastornos depresivos y bipolares.

Detectar este tipo de trastornos mentales no resulta nada sencillo en muchos casos, siendo la mejor forma de valorar la psicopatología del pensamiento en los pacientes es a través de su discurso, dado que cuando se da un caso de este tipo, es al tener una conversación con el sujeto cuando se puede apreciar una desorganización en su pensamiento y, dicha desorganización, se puede presentar de muchas maneras.

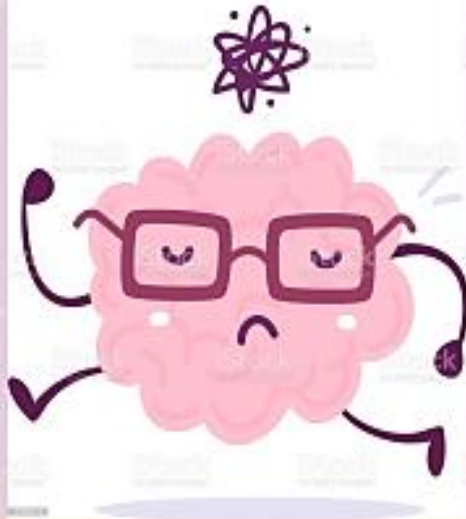


Psicopatología del lenguaje

todo lo relacionado con el lenguaje y la psicopatología del lenguaje ha experimentado un gran desarrollo. Es ésta un área prioritaria de investigación llena de desafíos y posibilidades para los diversos profesionales (médicos, psicólogos, pedagogos, logopedas, terapeutas del lenguaje, lingüistas, etc.) que habitualmente colaboran en el diagnóstico, tratamiento e investigación de los trastornos del lenguaje.

El desarrollo que sigue del tema contempla un enfoque multidisciplinar de la psicopatología del lenguaje. No obstante, según se ponga el énfasis en el sustrato neural o en la conducta lingüística, en un afán de explicar tanto el lenguaje normal como sus posibles alteraciones, podemos asumir que se adopta el llamado modelo médico o el modelo conductual,





Trastorno bipolar 1

Se alternan episodios maníacos, depresivos y mixtos; en el trastorno bipolar tipo II se alternan episodios depresivos e hipomaniacos; y en la ciclotimia, se alternan numerosos periodos de síntomas depresivos que no llegan a alcanzar la intensidad o criterios suficientes de depresión mayor con otros periodos de síntomas hipomaniacos.

El trastorno bipolar I es una abreviatura para describir cualquier trastorno cíclico del estado de ánimo que incluya por lo menos un episodio maníaco. Si bien esta nomenclatura se adoptó en las últimas décadas, el trastorno bipolar I se reconoce desde hace más de un siglo. Antes se le denominaba enfermedad manícodepresiva; los clínicos de mayor edad todavía se refieren a ella de esta forma. Afecta a varones y mujeres casi en la misma proporción, y en total a cerca de 1% de la población general de adultos.

Trastorno bipolar I, episodio maníaco, hipomaniaco y depresivo

TRASTORNO BIPOLAR I HAS SUFRIDO AL MENOS UN EPISODIO MANÍACO QUE PUEDE ESTAR PRECEDIDO O SEGUIDO DE UN EPISODIO HIPOMANIACO O UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR. EN ALGUNOS CASOS, LA MANÍA PUEDE PROVOCAR UNA DESCONEXIÓN DE LA REALIDAD (PSICOSIS).



Trastorno bipolar II

Este diagnóstico requiere de por lo menos un episodio hipomaniaco y un episodio depresivo mayor.

Los síntomas de los trastornos bipolar II y bipolar I tienen similitudes importantes. Sin embargo, la diferencia principal consiste en el grado de discapacidad y malestar que determina la fase de mayor intensidad, la cual en el trastorno bipolar II nunca implica psicosis ni requiere hospitalización.

El trastorno bipolar II está conformado por episodios depresivos mayores recurrentes con episodios de hipomanía interpuestos.



Al igual que el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II puede diagnosticarse con base en los episodios del estado de ánimo que se generan de manera espontánea o que son causados por los antidepresivos, la TEC o la terapia con luz brillante, si los síntomas inducidos posteriormente tienen una duración superior a la esperada para los efectos fisiológicos del tratamiento (asegúrese de preguntar al paciente y a los informantes si ha existido otro episodio de hipomanía que no haya sido provocado por algún tratamiento; muchos pacientes habrán presentado alguno).

Trastorno ciclotímico

El rasgo principal del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y períodos de síntomas depresivos que son distintos entre sí. Los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio hipomaniaco, y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.



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).

Trastorno de depresión mayor

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día.





A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se 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 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.



Episodio depresivo persistente (distimia)

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes. En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor.



Trastorno disfórico premenstrual

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social.

La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.



Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el período menstrual. Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

Las características diagnósticas del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia.





El trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al mismo conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio. Además, el diagnóstico no se debe explicar mejor por un trastorno depresivo independiente.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico) y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica.



Para determinar si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de una afección médica general. Además, el clínico debe establecer que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico. Se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico.

Aunque no hay guías clínicas infalibles para determinar si la relación entre la alteración del ánimo y la afección médica es etiológica, algunas consideraciones sirven de guía en esta área. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el comienzo, la exacerbación o la remisión de la afección médica general y la alteración del ánimo. Una segunda consideración es la presencia de rasgos que son atípicos en los trastornos del ánimo primarios



CONCLUSIÓN

Para iniciar hablar de la historia de la psicopatología se hace necesario puntualizar que muchos de los conceptos y explicaciones dadas a las diferentes manifestaciones psicopatológicas de cada época están basadas en el momento histórico, la cultura, las áreas de estudio o puntos de vista, algunos de ellos como la filosofía, la medicina, la ciencia, la religión, lo social, la alquimia, el misticismo, entre otros; y que han contribuido a su desarrollo como los son la psicología y la psiquiatría. se encarga de describir, estudiar y sistematizar aquellos cambios en la conducta que no se pueden explicar a los parámetros de normalidad ni como aprendizaje, de esta manera la brecha entre lo que se debe considerar normal y lo que no es así no es del todo claro. Si bien hemos visto varios trastornos a lo largo del curso, considero que lo más relevante fue entender y aprender cómo identificarlos, utilizando el DSM-V, algo que sin lugar a duda nos aportará mucho en nuestra profesión, así como en cualquier otra situación en la que ayudar a un ser humano sea el objetivo. El trastorno bipolar era conocido en el pasado como enfermedad maniaco-depresiva, ya que tiene la particularidad de presentar en forma alterna episodios depresivos y de manía o hipomanía.

El trastorno bipolar es una condición médica que se clasifica en el DSM-5 como trastorno bipolar y trastornos relacionados separándolo de los trastornos depresivos, mismo que se caracteriza por episodios recurrentes tanto de manía, hipomanía y depresión mayor. Los clínicos, principalmente los médicos generales, tienen cierta dificultad para diagnosticar el trastorno bipolar II, porque en muchas ocasiones los cuadros presentan múltiples comorbilidades que se expresan con sintomatología muy variada, también asociada con el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias adictivas. Además, los pacientes dejan de acudir a la consulta, en especial durante la fase de elevación del estado anímico (hipomanía), aunque sí consultan durante la fase previa, en la que se sienten mal y presentan un deterioro social, laboral y familiar.

Bibliografía

PSICOPATOLOGIA I UDS LIBRO.pdf

DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico.pdf

<https://psicologiaymente.com/clinica/trastornos-pensamiento>

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=2368&ionId=186912099>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/syc-20355955>