



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico.

Nombre del Alumno: Francisco Javier Jacob Ramírez.

Nombre del tema: Trastornos psicológicos.

Parcial: 1°

Nombre de la Materia: Psicopatología.

Nombre del profesor: María del Carmen Briones.

Nombre de la Licenciatura: Psicología.

Cuatrimestre: 6° cuatrimestre

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Trastorno bipolar.

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.

El estado de ánimo en un episodio maníaco se suele describir como eufórico, excesivamente alegre, alto o "sintiéndose por encima del mundo".

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.

Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen síntomas en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual: Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza, disminución de la necesidad de dormir, más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad, facilidad de distracción según se informa o se observa.

Episodio de depresión mayor: Cinco o más de los síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es, estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

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

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

Episodio maniaco, hipomaniaco y depresivo.

El episodio maníaco puede suponer una marcada alteración del funcionamiento social u ocupacional o requerir hospitalización para prevenir que el individuo se haga daño a sí mismo o a los demás. Por definición, la presencia de rasgos psicóticos durante un episodio maníaco.

Episodio 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.

Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres de los síntomas siguientes representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Trastorno bipolar II

El trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivos recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor y, al menos, un episodio hipomaníaco.

Los episodios de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, de trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados de trastorno depresivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica.

Los episodios depresivos o las fluctuaciones hipomaníacas deben causar un malestar clínicamente significativo o una alteración del rendimiento social, laboral o en otras áreas, sin embargo, este requisito no se tiene que cumplir para los episodios hipomaníacos.

Los pacientes con trastorno bipolar II puede que no vean los episodios hipomaníacos 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.

Trastorno bipolar II, episodio hipomaniaco y depresivo.

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.

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 representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo

Episodio de depresión mayor: 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 en estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

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

El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

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

Trastorno ciclotímico.

El rasgo principal del 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.

Si un paciente con trastorno ciclotímico presenta posteriormente un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, se cambia el diagnóstico por el de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I u otro trastorno bipolar especificado o sin especificar y trastornos relacionados respectivamente. y se descarta el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

Criterios diagnósticos: Durante dos años como mínimo han existido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco, y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

Durante el período de dos años citado anteriormente los períodos hipomaníacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.

No se debe diagnosticar el trastorno ciclotímico si el patrón de los cambios de humor se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, 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.

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

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

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.

Durante las últimas décadas del siglo XX, esta discusión entre los investigadores, de que la irritabilidad grave y no episódica es una manifestación de manía pediátrica, coincidió con un aumento significativo de las tasas con que los clínicos diagnosticaban el trastorno bipolar a sus pacientes pediátricos.

Criterios diagnósticos: Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

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.

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.

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.

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.

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en 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 alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. Algunos pacientes deprimidos refieren que tienen que forzarse para comer. Otros pueden comer más y pueden tener ansia por determinadas comidas.

Episodio depresivo persistente (distimia).

El rasgo principal del trastorno 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.

Como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano, es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. Durante el período de dos años cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses.

Criterios diagnósticos: 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.

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.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

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.

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: 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.

Uno o más de los síntomas siguientes han de estar presentes: Labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales, estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio, ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

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 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 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.

El juicio clínico es fundamental para determinar si el medicamento se asocia verdaderamente a la inducción de un trastorno depresivo o si ha aparecido un trastorno depresivo primario mientras la persona estaba tomando el tratamiento. Por ejemplo, un trastorno depresivo que se desarrolla dentro de las primeras semanas después de comenzar un tratamiento con alfametildopa en un paciente sin antecedentes de trastorno depresivo mayor reuniría las condiciones para el diagnóstico de trastorno depresivo inducido por medicamentos.

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.

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.

Criterios diagnósticos: 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.

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.

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