



**Nombre del alumno: Juliana Perez
Mendez**

**Nombre del profesor: Elvia Patricia
Castro Roche**

Materia: psicopatología I

Licenciatura: Psicología

Villahermosa, Tabasco. Mayo 2020

Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Surge como una respuesta tardía o diferida a una situación o acontecimiento estresantes (de duración breve o prolongada) de una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma un malestar generalizado en casi cualquier persona. Los factores de predisposición tales como rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos, asténicos) o el antecedente de una enfermedad neurótica previa pueden disminuir el umbral para el desarrollo del síndrome o agravar su curso, pero no son necesarios ni suficientes para explicar que se produzca. Las características típicas incluyen episodios repetidos de volver a vivenciar el trauma en forma de recuerdos molestos (reviviscencias o "flashbacks"), sueños o pesadillas, que se producen en el trasfondo persistente de una sensación de "aturdimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, falta de respuesta al entorno, anhedonia y de evitación de actividades o situaciones evocadoras del trauma. Suele haber un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Junto a estos síntomas y signos, con frecuencia se asocian síntomas depresivos y ansiosos, y no es infrecuente la ideación suicida. El inicio del trastorno sigue al trauma con un período de latencia que puede variar de pocas semanas a meses. El curso es fluctuante, pero en la mayoría de los casos puede esperarse la recuperación. En una pequeña proporción de los casos el trastorno puede seguirse de un curso crónico de muchos años, con una eventual transición a una transformación persistente de la personalidad.

A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresantes (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría malestar profundo en casi cualquier persona.

B. Debe haber recuerdos persistentes de "revivir" el acontecimiento o situación estresantes en forma de reviviscencias ("flashbacks"), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes.

C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes, que no presentaba antes de la exposición al mismo.

Presencia de alguno de los siguientes:

1. Incapacidad para recordar, parcial o completa, algunos aspectos importantes del período de exposición al acontecimiento o situación estresantes.

2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cualquiera de los siguientes:

a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.

b) Irritabilidad o arrebatos de ira.

c) Dificultad para concentrarse.

d) Hipervigilancia.

e) Reacción de sobresalto exagerada.

E. Deben cumplirse los criterios B, c y D dentro de los seis meses del acontecimiento estresante o del fin de un período de estrés (el comienzo diferido más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, pero debe especificarse claramente).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico.

Se puede producir una regresión en el desarrollo, como la pérdida de lenguaje en los niños pequeños, y pueden aparecer pseudoalucinaciones auditivas, tales como experiencias sensoriales auditivas de los propios pensamientos en forma de una o más voces diferentes que hablan, así como ideación paranoide. A raíz de unos sucesos traumáticos prolongados, reiterados y graves (p. ej., el abuso infantil, la tortura), el individuo puede experimentar además problemas para regular las emociones o para mantener unas relaciones interpersonales estables, o síntomas disociativos. Cuando el evento traumático ocasiona una muerte violenta, se pueden presentar síntomas tanto de duelo complicado como de trastorno de estrés postraumático.

Trastorno de ansiedad generalizada.

Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una "ansiedad libre flotante"). Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico. A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vayan, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente.

Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada tienen preocupaciones por múltiples sucesos, situaciones o actividades, y sólo alguna de ellas puede implicar la salud. Los síntomas somáticos o el miedo a la enfermedad no suelen ser el foco principal, como lo es en el trastorno de síntomas somáticos.

Criterios diagnósticos:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses)

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas y diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada. Los síntomas de hiperactividad vegetativa (p. ej., el ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p. ej., el síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Trastornos Somatomorfos.

La manifestación característica de este grupo de trastornos es la presentación repetida de síntomas físicos, junto a una solicitud insistente de investigaciones médicas, a pesar de los hallazgos negativos y la reiterada confirmación por los médicos de que esos síntomas no tienen base orgánica. Si está presente cualquier enfermedad somática, ésta no explica la naturaleza y extensión de los síntomas, o el malestar y la preocupación del paciente.

Trastorno de síntomas somáticos

Criterios diagnósticos:

A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.

2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.

3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Especificar si: Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

Especificar si: Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Las características cognitivas incluyen una atención centrada en los síntomas somáticos, la atribución de las sensaciones corporales normales a una enfermedad física (posiblemente con interpretaciones catastróficas), preocupaciones acerca de la enfermedad y el temor de que cualquier actividad física puede dañar el cuerpo. Las características de comportamiento relevantes asociadas pueden ser la repetida comprobación corporal de anomalías, la búsqueda repetitiva de atención médica y seguridad y la evitación de la actividad física. Estas características de comportamiento son más pronunciadas en los trastornos de síntomas somáticos graves y persistentes. Estas características se asocian generalmente a frecuentes consultas de consejo médico para diferentes síntomas somáticos. Esto puede dar lugar a consultas médicas en las que los individuos están tan centrados en sus preocupaciones acerca del síntoma o los síntomas somáticos que la conversación no se puede redirigir hacia otros asuntos. Cualquier intento de tranquilizar por parte del médico y de explicar que los síntomas no son indicativos de una enfermedad física grave suele ser efímero, y/o los individuos lo experimentan como si el médico no tomara sus síntomas con la debida seriedad. Puesto que centrarse en los síntomas somáticos es una característica principal de la enfermedad, las personas con trastorno de síntomas somáticos suelen acudir a los servicios generales de salud médica en lugar de a los servicios de salud mental. La sugerencia de una derivación a un especialista de salud mental a los individuos con un trastorno de síntomas somáticos pueden vivirla con sorpresa o incluso con franco rechazo. Puesto que el trastorno de síntomas somáticos se asocia con trastornos depresivos, existe un mayor riesgo de suicidio. No se sabe si el trastorno de síntomas somáticos se asocia con el riesgo de suicidio independientemente de su asociación con los trastornos depresivos.