



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: Clara Belén Vázquez González

TEMA; mapa conceptual

PARCIAL: I

MATERIA: Psicopatología

NOMBRE DEL PROFESOR: Maricelis Galdames Gomes

LICENCIATURA: Psicología General

CUATRIMESTRE: 6to

Trastorno obsesivo-compulsivo y afines

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO COMPULSIVOS Y AFINES

ETIOLOGÍA

Trastorno obsesivo-compulsivo
 sujetos que presentan este trastorno
 tienen miedo a sufrir algún tipo de daño o contratiempo
 para evitar que eso ocurra
 optan por la realización de un ritual, que de forma transitoria calma la ansiedad que experimentan
 Dos componentes
 obsesión, que sería el pensamiento que amenaza al sujeto con la posibilidad de que ocurra algo desagradable
 La otra es
 compulsión, que es el acto o comportamiento que el sujeto realiza para librarse del miedo pronosticado por la obsesión
 Los rituales o compulsiones más frecuentes suelen ser los de orden, limpieza y comprobación

Trastorno dismórfico corporal
 La persona que lo padece presenta
 una preocupación por uno o más defectos imaginados en su aspecto físico que no son observables por los otros,
 Esto conlleva
 la aparición de conductas repetitivas o actos mentales en relación con el aspecto físico
 Se estima que puede presentarlo
 entre un 1% y un 2% de la población
 La dismorfobia muscular
 Es
 es un tipo de trastorno dismórfico corporal que se caracteriza por la creencia de que el cuerpo de uno es demasiado pequeño

Trastorno por acumulación
 se caracteriza
 por persistentes dificultades en deshacerse, del todo o en parte, de pertenencias, a pesar de reconocer que el valor actual de las mismas
 El resultado es
 una fuerte necesidad por guardarlas o atesorarlas, que va acompañado de estrés o angustia cuando el sujeto intenta, o se ve obligado, a deshacerse de ellas
 el sujeto reconoce
 en la actualidad los objetos acumulados no le son útiles, piensa que en el futuro podrá necesitarlos, y por ello no quiere deshacerse de ellos
 Este trastorno difiere
 las personas que coleccionan objetos, que no padecen este trastorno, aunque lleven un orden y sistematicidad de los mismos

Tricotilomanía
 Se caracteriza
 por arrancarse el cabello, con la consiguiente pérdida del mismo
 Las más habituales son
 el cuero cabelludo, las cejas y pestañas
 las personas que lo padecen tienen también una o más conductas repetitivas centradas en su cuerpo
 incluyendo el trastorno por excoriación
 Existe
 una ansiedad o tensión previa que resulta aliviada una vez que se produce la conducta

Trastorno de excoriación de la piel
 Se caracteriza
 por conductas repetidas de rasgarse la piel de uno mismo, produciéndose lesiones en la misma
 El sujeto lleva
 a cabo intentos repetidos de disminuir la conducta y parar de hacerlo, consiguiéndolo temporalmente pero volviendo a recaer de nuevo
 Con el trascurso del tiempo
 también llega a convertirse en un acto puramente automático

también llega a convertirse en un acto puramente automático
 En este caso
 la existencia de algún trastorno obsesivo-compulsivo o afín se explica mejor como la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica

Trastorno obsesivo-compulsivo y afines inducidos por sustancias
 causada
 por la intoxicación o abstinencia de una sustancia, o se produce durante el consumo de la misma

el origen de los trastornos obsesivo-compulsivos
 encontramos
 el sujeto ha calmado una preocupación que le causaba ansiedad y que escapaba de su control, realizando una compulsión
 la tricotilomanía y el trastorno por excoriación encontramos un origen similar
 el trastorno por acumulación
 todos estos trastornos tienen en común el hecho de producir sensaciones de protección o bienestar a costa de realizar conductas claramente inapropiadas o innecesarias para el sujeto

Trastornos depresivos

DIAGNÓSTICO

La principal característica

es

la presencia en la persona, durante un período de al menos dos semanas consecutivas

Require

el cumplimiento de los siguientes criterios

Comnzando con

que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona

Trastorno depresivo mayor

La principal característica

es la presencia en la persona, durante un período

de un estado de ánimo triste o deprimido o una pérdida acusada del interés

requiere

que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral

está basado

en un episodio depresivo único

Que se indique el nivel de gravedad del trastorno

Trastorno depresivo persistente (distimia)

se caracteriza

por un estado de ánimo depresivo persistente

En el caso de los niños y adolescentes

el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, y la duración debe ser de al menos un año

pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y desesperanza

rasgos esenciales

son inestabilidad emocional, irritabilidad, disforia, y síntomas de ansiedad

remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco tiempo después

Estos síntomas pueden ir acompañados de síntomas físicos y conductuales

síntomas

Pérdida o aumento de apetito. Insomnio o hipersomnia. Falta de energía o fatiga. Baja autoestima. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones. Sentimientos de desesperanza

Trastorno depresivo debido a otra condición médica

rasgos esenciales

son un período persistente y destacado de ánimo depresivo y una disminución marcada del interés o placer en todas o casi todas las actividades

Estos síntomas causan

malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Otros trastornos depresivos especificados

Serán diagnosticados

cuando los síntomas depresivos que manifiesta el individuo no cumplen todos los criterios requeridos para diagnosticar ninguno de los trastornos depresivos

Este diagnóstico se realiza

en aquellas situaciones en las que el clínico trata de especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para ningún trastorno

Trastorno depresivo no especificado

cuando los síntomas depresivos

no cumplen todos los criterios requeridos para diagnosticar ninguno de los trastornos depresivos

pero causan un malestar clínicamente significativo

en el área social, laboral u otra área importante del funcionamiento de la persona

Trastornos depresivos

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

TEORÍAS EXPLICATIVAS

Sintomatología

La sintomatología de los trastornos depresivos se puede agrupar en cinco categorías distintas:

Síntomas afectivos y emocionales

El síntoma afectivo más característico de la depresión es el descenso en el estado de ánimo o tristeza patológica

Síntomas cognitivos

es que las personas suelen presentar problemas de atención, concretamente de concentración y memoria, que suelen interferir en su funcionamiento diario, apareciendo quejas frecuentes de pérdida de memoria y olvidos

Síntomas conductuales

síntoma característico que suelen presentar la mayoría de las personas deprimidas es una actividad motora reducida

Síntomas motivacionales

Junto con la tristeza, otro de los síntomas principales de la depresión es la apatía, el aburrimiento, la indiferencia y la incapacidad para disfrutar de las cosas o experimentar placer

Síntomas somáticos

Al menos la mitad de las personas con depresión suelen presentar diversa sintomatología somática de distinta consideración

Evolución, curso y pronóstico

La mayoría de las personas que han padecido una depresión tienden a recuperarse aproximadamente en 1 año

Se observa

una gran variabilidad en el curso del Trastorno Depresivo Mayor recurrente, desde episodios depresivos aislados

el curso suele ser crónico, iniciándose en muchas ocasiones en la infancia, la adolescencia o el principio de la edad adulta, y siendo mucho más frecuente en las personas de edad avanzada

Epidemiología

hace referencia

a la frecuencia y distribución de las enfermedades y de los factores que determinan la salud

En este sentido

las estadísticas demuestran que la depresión es uno de los trastornos psicopatológicos más frecuentes

proximadamente el 10% de la población general ha padecido un trastorno depresivo mayor a lo largo de su vida, y un 3% una distimia

señalan un rango de mayor riesgo situado entre los 25 y los 45 años (la edad media de inicio se sitúa alrededor de los 35 años)

Diagnóstico diferencial

En ocasiones llegar al diagnóstico de depresión no es un tarea sencilla, pues ésta puede confundirse tanto con otros trastornos psicopatológicos como con los síntomas afectivos que algunas condiciones médicas causan de manera secundaria

Modelos biológicos

Teorías genéticas

Los hallazgos de diversos estudios, llevados a cabo con gemelos idénticos o monocigóticos y heterocigóticos, parecen confirmar la existencia de una cierta heredabilidad de los trastornos depresivos

Teorías bioquímicas

de la depresión podemos destacar la hipótesis catecolaminérgica y la hipótesis serotoninérgica

Modelos psicológicos

Perspectiva conductual

las teorías clásicas explicaban la ausencia de actividad en la persona deprimida por la pérdida, retirada o disminución de reforzadores o consecuencias positivas que podía obtener de su medio social.

Teorías cognitivas

Esta teoría se sustenta en tres premisas fundamentales:

La tríada cognitiva negativa

referida a patrones de pensamientos voluntarios y automáticos de la persona, que incluyen una visión negativa del propio sujeto

Esquemas cognitivos inadecuados

son patrones cognitivos que la persona ha ido adquiriendo desde la infancia

Errores cognitivos

se trata de errores en el procesamiento de la información que hacen que la persona con depresión tienda a percibir e interpretar la realidad de manera muy negativa.