

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

NOMBRE DEL ALUMNA:

Isabel Guadalupe Cruz Gordillo.

Licenciatura en Psicología.

Sexto Cuatrimestre.

Materia:

PSICOPATOLOGIA I

UNIDAD III – Trastorno obsesivo compulsivo, relacionados con traumas y factores de estrés y disociativos

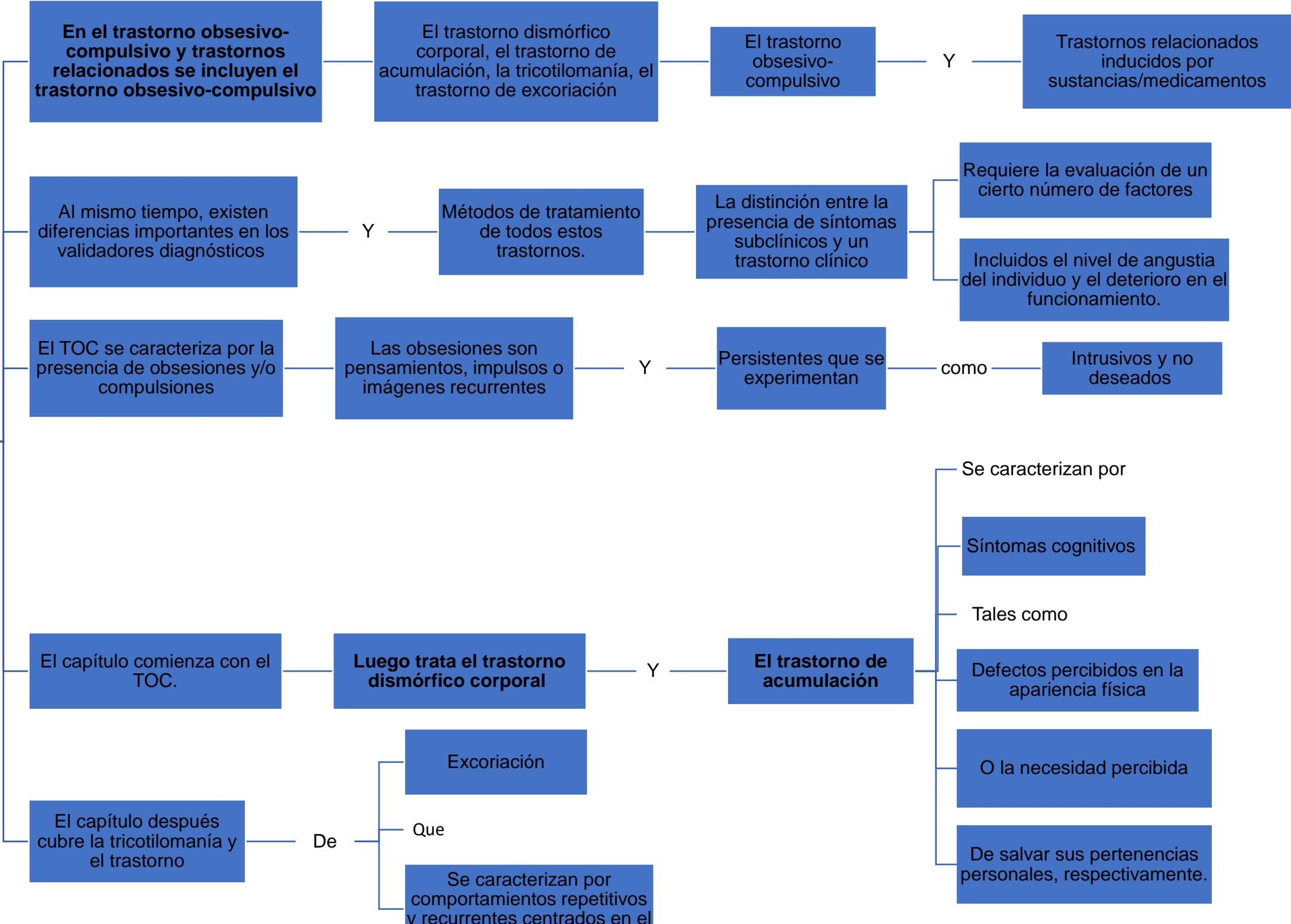
UNIDAD IV - Trastornos de ansiedad y somáticos.

Nombre del profesor:

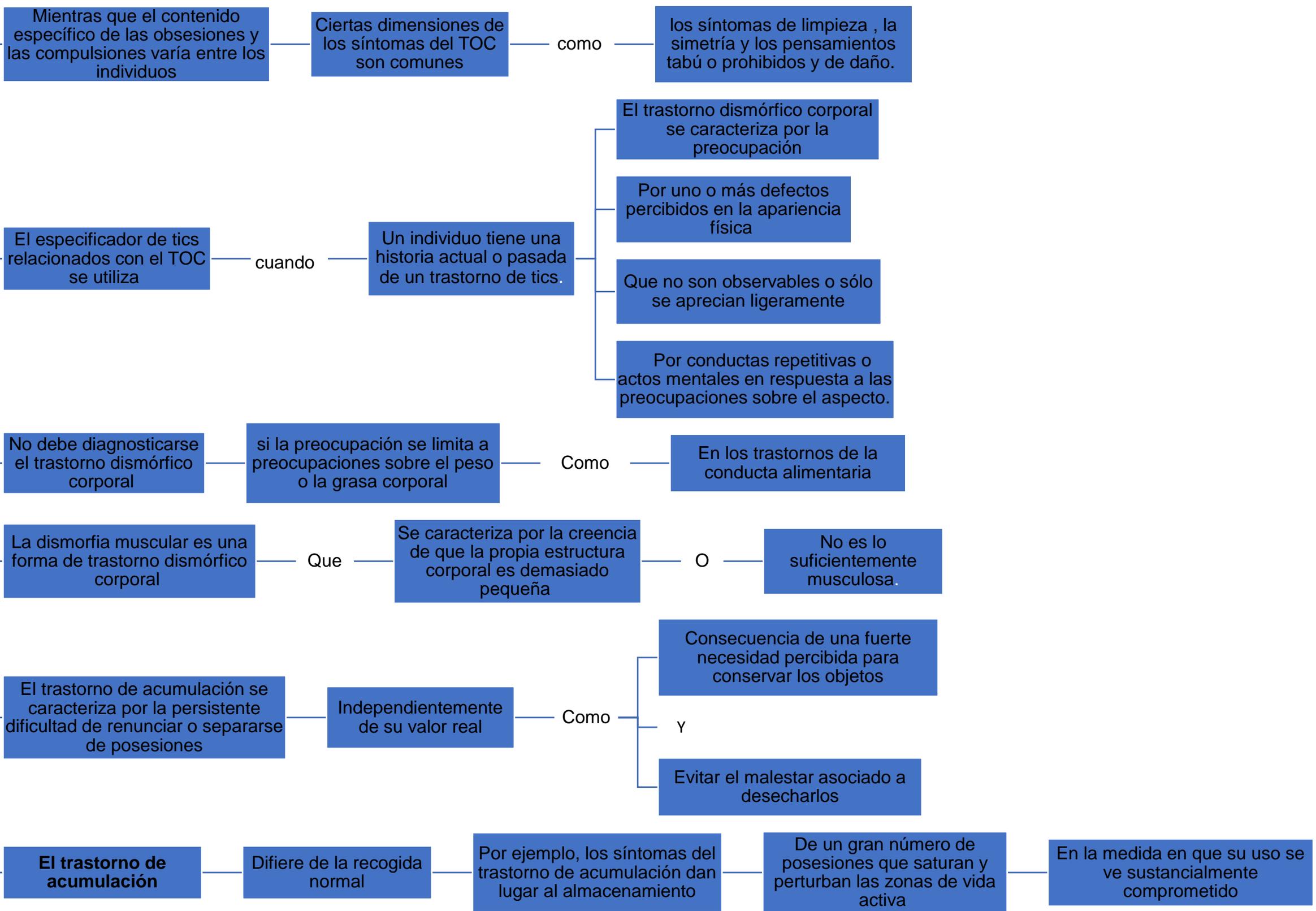
LUIS ANGEL GALINDO ARGUELLO

13/06/2023

UNIDAD III TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS Y DISOCIATIVOS.



UNIDAD III TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS Y DISOCIATIVOS.



UNIDAD III TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS Y DISOCIATIVOS.

La forma de adquisición excesiva del trastorno de acumulación — Que caracteriza a la mayoría pero no a todos los individuos con trastorno de acumulación — Consiste en la recolección excesiva, la compra o el robo de artículos — Que — No son necesarios o para los que no hay espacio disponible.

La tricotilomanía — Se caracteriza por tirones recurrentes del pelo — Que — Dan lugar a una pérdida de cabellos y a repetidos intentos — Para — Disminuir o cesar dichos tirones.

El trastorno de excoriación — Se caracteriza por el rascado recurrente de la piel — Lo que origina lesiones en la piel — Y — Por repetidos intentos para disminuir o cesar el rascado de la piel.

Pueden ser precedidas o acompañadas de diversos estados emocionales — Como — Sentimientos de ansiedad o aburrimiento. — Las personas con estos trastornos pueden tener distintos grados de conocimiento consciente de su comportamiento — Y mientras que algunos individuos participan en el mismo mostrando una atención más centrada en el comportamiento — Otros individuos exhiben un comportamiento más automático .

3.6 Trastorno obsesivo compulsivo y relacionados debido a otra afección médica — Los síntomas pueden consistir en obsesiones prominentes, compulsiones, preocupaciones por la apariencia, acumulación, arrancarse el pelo, pellizcarse la piel — o — Cualquier otra conducta repetitiva y centrada en el cuerpo — El juicio de si los síntomas se explicarían mejor por la afección médica asociada debería basarse en los indicios de la historia, el examen físico y los resultados de las analíticas.

Además, se debería descartar que los síntomas no se puedan explicar mejor por otro trastorno mental. — El diagnóstico no se establece si los síntomas obsesivocompulsivos — Y afines aparecen únicamente durante el transcurso de un delirium. — Los síntomas obsesivo-compulsivos y afines deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social — Laboral o de cualquier otra área importante para el individuo.

Grupo A son otros de los trastornos autoinmunitarios posinfecciosos que se caracterizan por la aparición repentina de obsesiones — Compulsiones y tics acompañados por diversos síntomas neuropsiquiátricos agudos en ausencia de corea — Carditis o artritis después de una infección estreptocócica del Grupo A. — Aunque existen toda una serie de pruebas que avalan la existencia de los PANDAS, este diagnóstico sigue siendo controvertido.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. — C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

UNIDAD III TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS Y DISOCIATIVOS.

3.7 Trastorno de apego reactivo — Dadas las oportunidades limitadas durante el desarrollo temprano — Los niños no muestran manifestaciones de apego selectivo. — Es decir, cuando tienen problemas, no muestran intentos coherentes de obtener consuelo, apoyo, cuidado o protección de sus cuidadores.

Cuando se encuentran con dificultades — Los niños con este trastorno sólo responden mínimamente a los intentos de sus cuidadores de consolarles — Por lo tanto — El trastorno se caracteriza por la ausencia de búsqueda del consuelo que sería de esperar — Y — Por la falta de respuesta a las conductas de consuelo.

Por esta razón, el niño debe tener una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses. — A- El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar. — El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar — B- Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son — Evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos

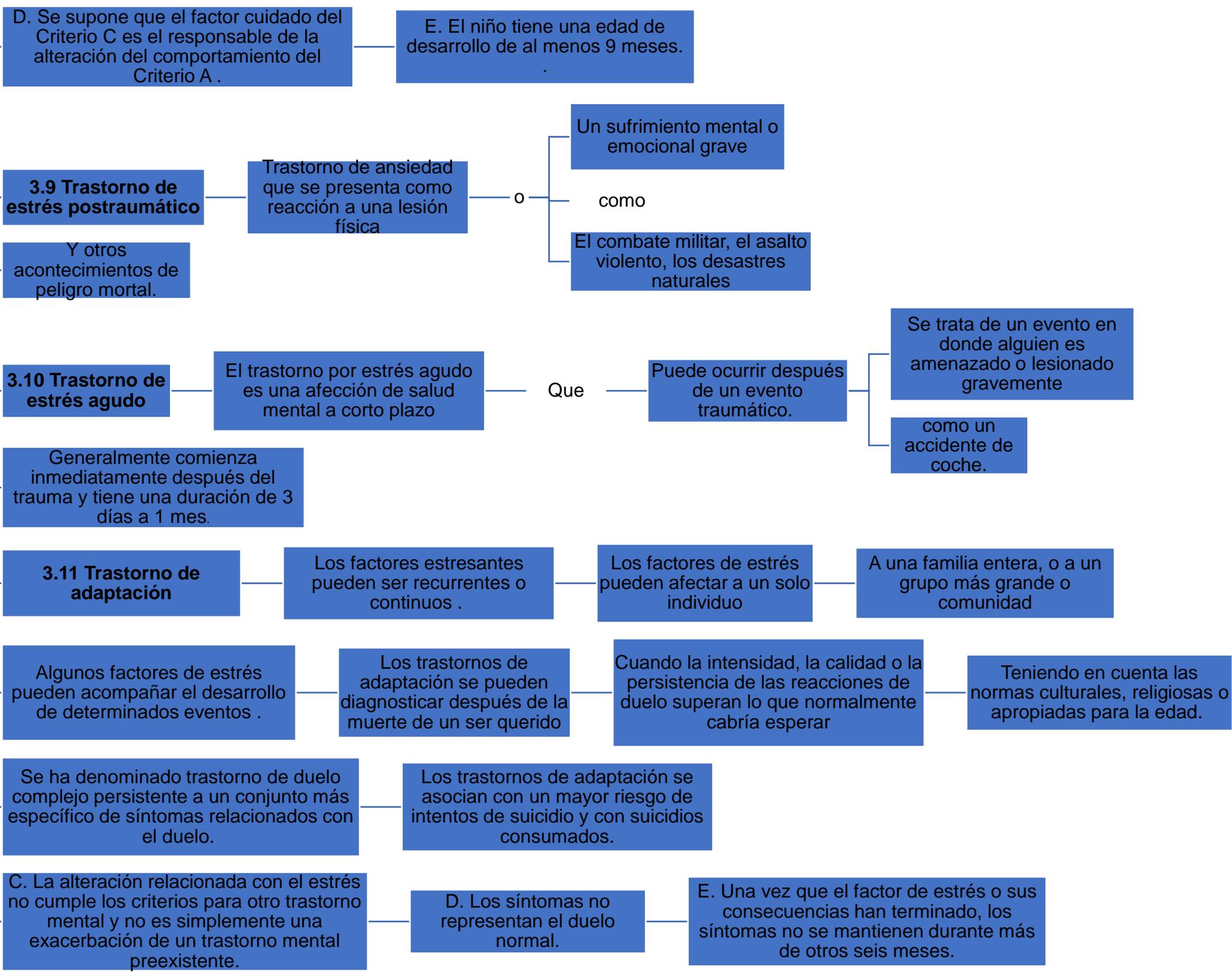
C. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas — Para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos. — Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable . — Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo .

E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista. — F. El trastorno es evidente antes de los 5 años. — G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses

3.8 Trastorno de relación social desinhibida — Este comportamiento demasiado familiar traspasa los límites sociales de la cultura. — Por esta razón, el niño debería tener una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses. — Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños. — Comportamiento verbal o físico demasiado familiar .

Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños. — B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad , pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido. — Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar — Estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.

UNIDAD III TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS Y DISOCIATIVOS.



UNIDAD III TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS Y DISOCIATIVOS.

3.12 Trastorno de identidad disociativa — Este trastorno, antes conocido como trastorno de la personalidad múltiple — Se caracteriza — por — “Alternar” diferentes identidades

Es posible que sientas la presencia de dos o más personas — Que — Hablan o viven en tu cabeza — Y — Que sientas que estás poseído por estas identidades.

Hay un fuerte vínculo entre la afección y el trauma. — Esto puede ser particularmente cierto para el trauma o el abuso durante la infancia.

Es la amnesia (pérdida de memoria) — Originada por un acontecimiento traumático o estresante — Que — Produce una incapacidad para recordar información personal importante.

3.14 Trastorno de despersonalización — Se caracteriza por una sensación persistente o repetitiva — De — como — Separación del propio cuerpo o de los propios procesos mentales — Un observador externo de la vida (despersonalización) y/o como sentirse totalmente desconectado del Entorno que le rodea a uno (desrealización).

3.15 Otros trastornos obsesivos compulsivos, relacionados con traumas y estrés y disociativos — Esto se hace registrando «otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados especificados» y a continuación el motivo específico . — Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se explican mejor por la tricotilomanía , el trastorno de excoriación

el trastorno de movimientos estereotipados o la autolesión no suicida. — **Trastornos del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de tres meses después del factor de estrés.** — Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de seis meses sin duración prolongada del factor de estrés.

Esto se hace registrando «otro trastorno disociativo especificado», seguido del motivo específico .

UNIDAD IV Trastornos de ansiedad y somáticos.

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada.

Los trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos con manifestaciones somáticas importantes constituyen una nueva categoría en el DSM- 5 llamada trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

4.1 Trastorno de ansiedad por separación.

La persona con trastornos de ansiedad por separación se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo.

Los sujetos con 90 trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos 3 de los siguientes criterios:

experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras de mayor apego. Se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y sienten necesidad de conocer el paradero de las figuras de mayor apego y deseo de estar en contacto con ellas.

. Los sujetos con ansiedad por separación se muestran reacios o rechazan irse solos debido a su temor ante la separación.

4.2 Mutismo selectivo.

El mutismo selectivo se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (p. ej., en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones. La falta de habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal.

El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que puede implicar deterioro académico o educativo, ya que a menudo a los maestros les resulta difícil evaluar sus habilidades, como la lectura.

4.3 Fobia específica y Trastorno de ansiedad social.

Los individuos con fobia específica presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan.

Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.

. Otra característica de las fobias específicas es que la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.

Además, el miedo y la ansiedad aparecen en cuanto se topan con el objeto o la situación fóbica (es decir, inmediatamente y no de manera retardada).

En el trastorno de ansiedad social (fobia social), la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita.

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás.

4.4 Trastorno de pánico y Agorafobia.

En el trastorno de pánico, la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico.

(Por ejemplo, evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas).

El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos,

durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas.

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones.

El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes:

- 1) el uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; 2) encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes; 3) estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines; 4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud, o 5) estar fuera de casa solo. Los ejemplos para cada situación no son exclusivos; se pueden temer otras situaciones.

UNIDAD IV Trastornos de ansiedad y somáticos.

4.5 Trastorno de ansiedad generalizada.

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar.

Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades.

4.6 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y medicamentos y Trastorno de ansiedad debido a afección médica.

En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina).

Los síntomas de pánico o de ansiedad se deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas.

4.7 Trastorno de síntomas somáticos.

Los individuos con trastorno de síntomas somáticos suelen presentar múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria, aunque algunas veces sólo aparece un síntoma grave, con mayor frecuencia el dolor.

Los individuos con trastorno de síntomas somáticos tienden a tener niveles muy altos de preocupación por la enfermedad. Evalúan indebidamente sus síntomas corporales y los consideran amenazadores, perjudiciales o molestos, y a menudo piensan lo peor sobre su salud.

En el trastorno de síntomas somáticos graves, los problemas de salud pueden asumir un papel central en la vida del individuo, convirtiéndose en un rasgo de su identidad y dominando sus relaciones interpersonales.

4.8 Trastorno de ansiedad por enfermedad.

La mayoría de las personas con hipocondría ahora son clasificadas como un trastorno de síntomas somáticos; sin embargo, en una minoría de los casos será más apropiado utilizar en su lugar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

El trastorno de ansiedad por enfermedad implica una preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada. No aparecen síntomas somáticos o, si lo hacen, sólo son de intensidad leve.

Cuando existen una señal física o un síntoma, a menudo se trata de una sensación fisiológica normal (p. ej., los mareos ortostáticos), una disfunción benigna y autolimitada (p. ej., los tinnitus transitorios) o un malestar corporal que no se considera generalmente indicativo de enfermedad (p. ej., los eructos).

4.9 Trastorno de conversión.

Muchos clínicos utilizan los nombres alternativos de "funcional" (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o "psicógeno" (refiriéndose a una etiología supuesta) para describir los síntomas del trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).

Los síntomas motores son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, alteraciones de la marcha y la postura anormal de los miembros.

Los síntomas sensoriales son la alteración, la reducción o la ausencia de sensibilidad de la piel, la vista o el oído.

UNIDAD IV Trastornos de ansiedad y somáticos.

4.10 Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

Los factores psicológicos o de comportamiento son el malestar psicológico, los patrones de interacción interpersonal, los estilos de afrontamiento y los comportamientos desadaptativos para la salud, como la negación de los síntomas o la pobre adherencia a las recomendaciones médicas.

Los síntomas psicológicos o de comportamiento anormales, que se desarrollan en respuesta a una afección médica, serán mejor codificados como un trastorno de adaptación (una respuesta psicológica clínicamente significativa a un factor estresante identificable).

Debe haber una evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y la afección médica, a pesar de que muchas veces no es posible demostrar la causalidad directa o los mecanismos que subyacen a esta relación.

4.11 Trastorno facticio.

La característica esencial del trastorno facticio es la simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado.

Los individuos con trastorno facticio también pueden buscar tratamiento para sí mismos o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad.

El diagnóstico requiere la demostración de que el individuo está cometiendo acciones subrepticias para tergiversar, simular o causar signos o síntomas de enfermedad o de lesión en ausencia de recompensas externas obvias.

Los individuos con trastorno facticio podrían, por ejemplo, referir sentimientos de depresión y tendencias suicidas tras la muerte de un cónyuge a pesar de que no es verdad que haya muerto nadie o de que la persona no tiene un cónyuge, informar engañosamente de episodios de síntomas neurológicos.

falsificar los registros médicos para indicar una enfermedad, ingerir una sustancia (p. ej., insulina o warfarina) para inducir un resultado de laboratorio anormal o una enfermedad, o lesionarse físicamente o inducirse enfermedades a sí mismos o a otro (p. ej., mediante la inyección de materia fecal para producir un absceso o una sepsis).

CONCLUSIÓN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS Y DISOCIATIVOS:

Para concluir podemos afirmar que los pacientes del Trastorno Obsesivo-Compulsivo abundan bastante en la actualidad, por ello, evolucionar a aspectos más tolerantes con estas personas no es para nada una mala idea, son personas con una personalidad que puede irritar, así como ellos mismos se irritan por cosas de «Importancia menor» o de excesiva arbitrariedad. Son personas normalmente aisladas tanto por su autonomía como por la sociedad, no les gusta que los toquen a ellos y a sus cosas, que le ayuden con algunas tareas o descubrir cosas nuevas debido a su temor y su falta de riesgo.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por un patrón de pensamientos y miedos no deseados (obsesiones) que provocan comportamientos repetitivos (compulsiones). Estas obsesiones y compulsiones interfieren en las actividades diarias y causan un gran sufrimiento emocional. Puedes intentar ignorar o detener tus obsesiones, pero eso solo aumenta tu sufrimiento emocional y ansiedad. Finalmente, sientes la necesidad de realizar actos compulsivos para tratar de aliviar el estrés. A pesar de los esfuerzos por ignorar o deshacerte de los pensamientos o impulsos que te molestan, estos vuelven una y otra vez. Esto conduce a más comportamientos ritualistas, el círculo vicioso del trastorno obsesivo compulsivo.

El trastorno obsesivo compulsivo a menudo se centra en ciertos temas, por ejemplo, un miedo excesivo a contaminarse con gérmenes. Para aliviar los temores de contaminación, puedes lavarte compulsivamente las manos hasta que estén irritadas y agrietadas.

Si tienes un trastorno obsesivo compulsivo, puedes sentirte avergonzado y apenado por la afección, pero el tratamiento puede ser eficaz.

El trastorno obsesivo compulsivo suele incluir tanto obsesiones como compulsiones. Pero también es posible tener solo síntomas de obsesión o solo síntomas de compulsión. Puedes o no darte cuenta de que tus obsesiones y compulsiones son excesivas o irrazonables, pero ocupan mucho tiempo e interfieren en tu rutina diaria y en tu funcionamiento social, escolar o laboral.

CONCLUSIÓN TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SOMÁTICOS:

En el trastorno somatomorfo, hay un foco importante en los síntomas físicos, como dolor o fatiga, hasta el punto en que causa una gran angustia emocional y problemas para desenvolverse en la vida diaria. Puedes o no tener otra enfermedad asociada con estos síntomas, pero tu reacción a los síntomas no es normal.

A menudo, piensas lo peor acerca de tus síntomas y haces consultas frecuentes con el médico, ya que continúas buscando una explicación, aun cuando se han descartado otras enfermedades graves. Los problemas de salud pueden convertirse en un foco tan importante de tu vida que te resulte difícil desenvolverte, lo que en ocasiones puede llevar a la discapacidad. Si tienes un trastorno somatomorfo, es posible que padezcas una gran angustia física y emocional. El tratamiento puede ayudar a aliviar los síntomas, ayudarte a enfrentarlos y mejorar tu calidad de vida.

Las características de los síntomas del trastorno somatomorfo pueden ser las siguientes:

- Son sensaciones específicas, como dolor o dificultad para respirar, o síntomas más generales, como cansancio o debilidad
- No están relacionados con una causa médica identificable, o se relacionan con un trastorno médico como el cáncer o la enfermedad cardíaca pero son más importantes de lo que se espera
- Son síntomas únicos, múltiples o variables
- Son leves, moderados o graves

El dolor es el síntoma más frecuente, pero cualquiera sean los síntomas, existen pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con tales síntomas, que pueden causar problemas importantes, dificultar la funcionalidad o, en ocasiones, incapacitar.

Poco se sabe acerca de cómo prevenir el trastorno de síntomas somáticos. Sin embargo, estas recomendaciones pueden ayudar.

- **Si tienes problemas de ansiedad o depresión, busca ayuda profesional** lo antes posible.
- **Aprende a reconocer cuándo estás estresado** y cómo esto afecta tu cuerpo, y practica periódicamente técnicas de control del estrés y de relajación.

- **Si crees que padeces un trastorno de síntomas somáticos, busca un tratamiento a tiempo**, a fin de ayudar a evitar que los síntomas se agraven y perjudiquen tu calidad de vida.
- **Cumple con tu plan de tratamiento** para ayudar a evitar las recaídas o el agravamiento de los síntomas.

BIBLIOGRAFÍAS:

[7d513e62832aa04169bc2b734cf91311-LC-LPS601-PSICOPATOLOGIA I.pdf \(plataformaeducativauds.com.mx\)](#)

[15.5: Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados - LibreTexts Español](#)

[Trastorno de síntomas somáticos: MedlinePlus enciclopedia médica](#)