



**Mi Universidad**

## **Actividad 2**

**Nombre del Alumno: Fernando Gabriel Muñoz García**

**Tema: TRANSTORNOS**

**Parcial: 1**

**Materia: PSICOPATOLOGIA**

**Nombre del Profesor: María del Carmen Briones**

**Licenciatura: Psicología**

**Cuatrimestre: 6**

**Lugar y Fecha: 15/06/2025**

## Trastornos de ansiedad y somáticos

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. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.



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. Este capítulo incluye los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión (o trastorno de síntomas neurológicos funcionales), factores psicológicos que

influyen en otras afecciones médicas, trastorno facticio, otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados, y trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados.

Todos los trastornos de este capítulo comparten una característica común: la importancia de los síntomas somáticos asociados con un malestar y deterioro significativos.

Frecuentemente aparecen personas con trastornos con síntomas somáticos manifiestos en los centros de atención primaria y en otros centros médicos, pero lo hacen con menos frecuencia en el ámbito de la psiquiatría y en otros centros relacionados con salud mental y la psiquiatría

### 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. Existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está vinculado y rechazo a separarse de estas personas de mayor apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. A pesar de que estos síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, pueden expresarse también en la edad adulta.



#### 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.

Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentran con otros sujetos en las

interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando

hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños con mutismo selectivo hablan en su casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera ante sus amigos más cercanos o familiares de segundo grado, como abuelos o primos. 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. La falta

de expresión puede interferir en la comunicación social, aunque los niños con este trastorno a veces usan medios no verbales (p. ej., gruñen, señalan, escriben) para comunicarse y pueden estar dispuestos o deseosos de realizar o participar en encuentros sociales cuando no necesitan hablar (p. ej., las partes no verbales de los juegos en el colegio).



### Fobia específica y Trastorno de ansiedad social

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

los evitan. La cognición específica no es característica de este trastorno, como en otros

trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos

inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al

riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural,

sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.

Una característica clave de este trastorno es un miedo o ansiedad a objetos o situaciones

claramente circunscritos, que pueden denominarse estímulos fóbicos. Las categorías de

las situaciones u objetos temidos se usan como especificadores del trastorno. Muchas

personas temen a los objetos, las situaciones o los estímulos fóbicos de más de una categoría. Para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta debe diferir de los temores

normales y transitorios que se producen comúnmente en la población. Para cumplir los

criterios diagnósticos, el miedo o la ansiedad deben ser intensos o graves (es decir "marcados"). El nivel del miedo experimentado puede variar con la proximidad del objeto

o de la situación temida y puede ocurrir como anticipación del mismo o en presencia real

del objeto o situación.



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. En los niños, el miedo o la ansiedad se debe producir en las reuniones con los

individuos de su misma edad y no sólo durante las interacciones con los adultos (Criterio

A). Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. El sujeto

teme ser juzgado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido,

intimidante, sucio o desagradable. El individuo con fobia social teme actuar o mostrarse de

una determinada manera, o manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados

negativamente por los demás, como rubor, temblores, sudoración, trabarse con las

palabras, o no poder mantener la mirada. Algunas personas tienen miedo a ofender a los

demás y, en consecuencia, a ser rechazados. El miedo a ofender a los demás -por ejemplo,

por una mirada o al mostrar síntomas de ansiedad- puede ser el miedo predominante en

los individuos de culturas de fuerte orientación colectivista. Una persona con miedo al

temblor de manos puede evitar beber, comer, escribir o señalar en público; una persona

con miedo a la sudoración puede evitar dar la mano o comer alimentos picantes; y una

persona con miedo a sonrojarse puede evitar actuar en público, las luces brillantes o la

discusión de temas íntimos. Algunas personas temen y evitan orinar en los baños públicos cuando están presentes otras personas (esto es, paruresis o "síndrome de la vejiga tímida").

### 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 (p. ej.,

evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). Las crisis de pánico se caracterizan

por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y /o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente. Las crisis de pánico funcionan como marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de una amplia variedad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (p. ej., abuso de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos).

Por lo tanto, la crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.



Los individuos con agorafobia se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las

siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse

en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa

en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el



desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren la presencia de un acompañante.

#### 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. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos

médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de

ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica. Existen escalas

específicas para cada trastorno que sirven para caracterizar mejor su gravedad y captar las

variaciones de la misma a lo largo del tiempo. Para facilitar su uso, particularmente las

personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se han desarrollado con el

mismo formato (pero distinto enfoque) en todos los casos, con puntuaciones de los

síntomas conductuales, cognitivos y físicos relevantes de cada trastorno.

#### Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y medicamentos y

#### Trastorno de ansiedad debido a afección médica

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos engloba la ansiedad

debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. 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. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito por un trastorno mental u otra afección médica debe iniciarse mientras el individuo está recibiendo la medicación (o durante su retirada, si los síntomas clínicos de retirada se asocian con la medicación).



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

síntomas pueden ser específicos (p. ej., el dolor localizado) o

relativamente inespecíficos

(p. ej., la fatiga). Los síntomas a veces denotan sensaciones corporales normales o un malestar que generalmente no significa una enfermedad grave. Los síntomas somáticos sin explicación médica evidente no son suficientes para hacer el diagnóstico. El sufrimiento

del individuo es auténtico, se explique o no médicamente. Los síntomas pueden estar o no asociados con otra afección médica. Los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos y de una enfermedad médica conjunta no son mutuamente excluyentes, y con frecuencia se presentan juntos. Por ejemplo, un individuo podría estar gravemente discapacitado por los síntomas de un trastorno de síntomas somáticos después de un infarto no complicado de miocardio incluso aunque el propio infarto de miocardio no haya producido ninguna discapacidad. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de desarrollarla (p. ej., una fuerte historia familiar asociada) los pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados con esta afección son excesivos. 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. Incluso cuando hay pruebas de lo contrario, algunos pacientes todavía temen que sus síntomas sean graves.

#### 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. Una evaluación completa no logra identificar una afección médica seria

que justifique las preocupaciones de la persona. Pese a que la preocupación se podría deber a la señal o sensación física no patológica, la angustia del individuo no proviene fundamentalmente de la propia dolencia física, sino más bien de su ansiedad sobre la



importancia, el significado o la causa de dicha dolencia (esto es, la sospecha de un diagnóstico médico). 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). Cuando aparece una afección médica diagnosticable, la ansiedad y la preocupación de la persona son claramente excesivas y desproporcionadas a la gravedad de la enfermedad. Los datos científicos empíricos y la bibliografía existentes se refieren a la definición previa de hipocondría según el DSM, y no está claro en qué medida y con qué precisión se pueden aplicar a la descripción de este nuevo diagnóstico. La preocupación por la idea de que se está enfermo se acompaña de una ansiedad considerable sobre la salud y la enfermedad. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se alarman fácilmente con las enfermedades, al oír que alguien se ha puesto enfermo o al leer noticias sobre historias relacionadas con la salud.

### Trastorno de conversión

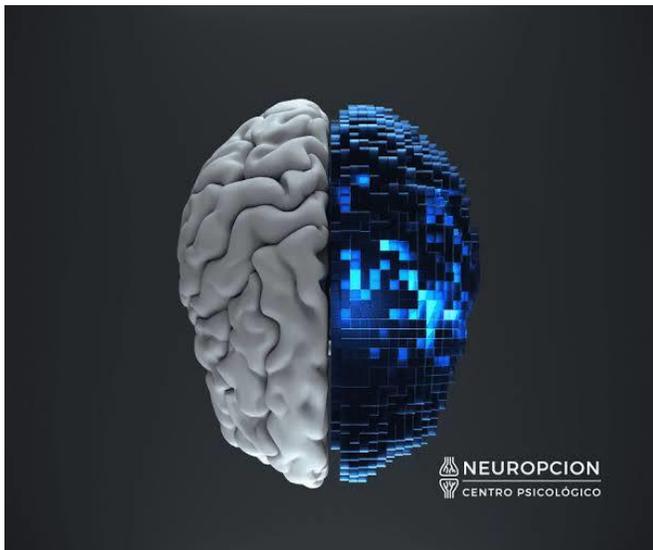
Muchos clínicos utilizan los nombres alternativos de "funcional" (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o "psicógeno" (refiriéndose a una etiología supuesta) para describir los síntomas del trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). En el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

síntomas de diversos tipos. 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. Los episodios de sacudidas anormales



generalizadas que afectan a una extremidad, con una alteración aparente o una pérdida de la conciencia, se pueden parecer a las crisis epilépticas (también llamadas crisis psicógenas o no epilépticas). Puede haber episodios de falta de respuesta que se asemejan al síncope o al coma. Otros síntomas son la reducción o la ausencia del volumen de la voz (disfonía /afonía), la articulación alterada (disartria), la sensación de un nudo en la garganta (globo) y la diplopía. Aunque el diagnóstico requiere que el síntoma no se pueda explicar por una enfermedad neurológica, éste no se debería realizar simplemente porque los resultados de las pruebas sean normales o porque el síntoma sea "extraño". Debe haber datos clínicos que muestren una evidencia clara de su incompatibilidad con una enfermedad neurológica.



Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas

La característica esencial de los factores psicológicos que influyen en otras afecciones

médicas es la presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento

clínicamente significativos que afectan adversamente a una afección médica, aumentando el

riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad. Estos factores pueden afectar negativamente

al estado de salud porque influyen en su curso o en

su tratamiento, constituyendo un

factor de riesgo adicional establecido para la salud, o porque influyen en la fisiopatología

subyacente, precipitando o exacerbando los síntomas o requiriendo atención médica. 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. Ejemplos clínicos más comunes son la ansiedad que agrava el

asma, la negación de la necesidad de un tratamiento para el dolor torácico agudo y la

manipulación de la insulina por un individuo con diabetes que desea bajar de peso.

### 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 métodos para falsificar la enfermedad pueden ser la

exageración, la fabricación, la simulación y la inducción.

Aunque puede existir una afección

médica preexistente, aparece un comportamiento engañoso o la inducción de lesiones

asociadas con la simulación con la finalidad de que los demás les consideren (a ellos

mismos o a otros) más enfermos o con mayor discapacidad, y esto puede dar lugar a una

intervención clínica excesiva.

