



UTPL
La Universidad Católica de Loja

Modalidad Abierta y a Distancia

Psicopatología del adulto

Guía didáctica

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas



Departamento de Psicología

Sección Departamental de Psicología

Psicopatología del adulto

Guía didáctica

Autor:

Macas Ordóñez Eugenio Fabián



PSIC_3060

Asesoría virtual
www.utpl.edu.ec

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario


Referencias
bibliográficas

Psicopatología del adulto

Guía didáctica

Macas Ordóñez Eugenio Fabián

Universidad Técnica Particular de Loja

 4.0, CC BY-NY-SA

Diagramación y diseño digital:

Ediloja Cía. Ltda.

Telefax: 593-7-2611418.

San Cayetano Alto s/n.

www.ediloja.com.ec

edilojainfo@ediloja.com.ec

Loja-Ecuador

ISBN digital - 978-9942-25-989-9



La versión digital ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite: copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

30 de octubre, 2020

Índice

1. Datos de información.....	8
1.1. Presentación de la asignatura	8
1.2. Competencias genéricas de la UTPL	8
1.3. Competencias específicas de la carrera.....	9
1.4. Problemática que aborda la asignatura	9
2. Metodología de aprendizaje.....	10
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje.....	11
Primer bimestre	11
Resultado de aprendizaje 1	11
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	11
Semana 1	12
Unidad 1. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados	12
1.1. Conceptualización del trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos relacionados	12
1.2. Clasificación del trastorno obsesivos-compulsivo y trastornos relacionados	13
Actividades de aprendizaje recomendadas	14
Autoevaluación 1	16
Semana 2	19
Unidad 2. Trastornos Bipolares y trastornos relacionados.....	19
2.1. Conceptualización de Bipolaridad.....	19
2.2. Clasificación de los trastornos bipolares	20
Actividades de aprendizaje recomendadas	21
Autoevaluación 2	23
Semana 3	26

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Unidad 3. Trastornos Disociativos	26
3.1. Conceptualización de los trastornos disociativos	26
3.2. Clasificación de los trastornos disociativos.....	27
Actividades de aprendizaje recomendadas	28
Autoevaluación 3	29
Semana 4	32
Unidad 4. Trastornos somáticos y trastornos relacionados.	32
4.1. Conceptualización de los trastornos somáticos y trastornos relacionados	32
4.2. Clasificación de los trastornos somáticos y trastornos relacionados	34
Actividades de aprendizaje recomendadas	35
Autoevaluación 4	37
Semana 5	40
Unidad 5. Trastornos de la personalidad	40
5.1. Conceptualización de los Trastornos de Personalidad de los grupos A y B	40
5.2. Clasificación de los trastornos de personalidad de los grupos A y B	41
Actividades de aprendizaje recomendadas	42
Semana 6	43
5.3. Conceptualización de los trastornos de la personalidad de los grupos C.....	44
5.4. Clasificación de los trastornos de personalidad del grupo C.....	44
Autoevaluación 5	46
Actividades finales del bimestre.....	48
Semana 7	48

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Actividades de aprendizaje recomendadas	49
Semana 8	49
Segundo bimestre	50
Resultado de aprendizaje 2	50
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	50
Semana 9	50
Unidad 6. Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos.	51
6.1. Conceptualización de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	51
6.2. Clasificación de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	54
Actividades de aprendizaje recomendadas	56
Autoevaluación 6	58
Semana 10	61
Unidad 7. Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos.	61
7.1. Conceptualización de los Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos	61
7.2. Clasificación de los Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos	62
Actividades de aprendizaje recomendadas	63
Autoevaluación 7	68
Semana 11	71
Unidad 8. Trastornos Neurocognitivos	71
8.1. Conceptualización de los trastornos neurocognitivos.....	71
8.2. Clasificación de los trastornos neurocognitivos.....	72

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Actividades de aprendizaje recomendadas	74
Semana 12	75
8.3. Conceptualización de los trastornos neurocognitivos.....	75
8.4. Clasificación de los trastornos neurocognitivos	76
Autoevaluación 8	78
Semana 13	81
Unidad 9. Disfunciones sexuales	81
9.1. Conceptualización de las disfunciones sexuales	81
9.2. Clasificación de las disfunciones sexuales	82
Autoevaluación 9	84
Semana 14	86
Unidad 10. Parafilias.	86
10.1. Conceptualización de las parafilias.	86
10.2. Clasificación de las parafilias.....	87
Actividades de aprendizaje recomendadas	88
Autoevaluación 10	90
Actividades finales del bimestre.....	93
Semana 15	93
Actividades de aprendizaje recomendadas	94
Semana 16	94
Actividades de aprendizaje recomendadas	94
4. Solucionario	95
5. Referencias bibliográficas	114

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

1. Datos de información

1.1. Presentación de la asignatura



1.2. Competencias genéricas de la UTPL

- Comunicación oral y escrita.
- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Comunicación en inglés.
- Comportamiento ético.
- Organización y planificación del tiempo.

1.3. Competencias específicas de la carrera

- Analiza las teorías, modelos y postulados de la salud mental, conducta normal y patológica con las etapas vitales que compone a un individuo íntegramente, así como a su sistema social.
- Diagnostica diferencias, problemas y necesidades a nivel individual, grupal, intergrupal y social (organizacionales e interorganizacionales), enfocándose en los problemas que se evidencien en los grupos de atención prioritaria y vulnerable.

1.4. Problemática que aborda la asignatura

Existe una necesidad de establecer correctos diagnósticos psicológicos para una adecuada intervención psicológica posterior, por ello se evidencia la necesidad de trabajar con manuales diagnósticos actualizados como el DSM 5 y de esta forma fortalecer los procesos de evaluación y diagnóstico mediante un correcto análisis e interpretación de los resultados.



2. Metodología de aprendizaje

La metodología empleada en la asignatura se conoce como “estudio de casos”, en la misma el docente genera una serie de situaciones hipotéticas que el estudiante deberá analizar para poder formular un diagnóstico en base a características clínicas descritas. Esta metodología permite el desarrollo de habilidades analíticas y críticas, además motiva a que el estudiante emplee manuales diagnósticos, los conocimientos adquiridos en clase y recursos complementarios para dar resolución a los casos planteados. El método estudio de caso tiene gran relevancia debido a que facilita:

- Una mejor comprensión de los trastornos, ya que permite involucrar la praxis a con la parte teórica.
- Reflexión y análisis de los criterios diagnósticos establecidos en el manual de clasificación diagnóstica DSM 5.
- Favorece un ambiente dinámico en la clase, ya que los alumnos exponen sus puntos de vista y debaten diagnósticos.
- Los casos clínicos constituyen una aproximación a situaciones complejas que el estudiante encontrará en la práctica profesional.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)



3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer bimestre

Resultado de aprendizaje 1

Identificar y diferenciar las características específicas de cada trastorno psicopatológico asociadas al adulto.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Estimado estudiante, con este resultado de aprendizaje será capaz de identificar las principales características de ciertos trastornos psicológicos establecidos en el Manual Diagnóstico DSM 5 y que tienen afectación en las etapas de la vida adulta. Durante el primer bimestre estudiaremos los criterios diagnósticos, el desarrollo y curso, la prevalencia, factores de riesgo y diagnóstico diferencial de los trastornos obsesivos compulsivos, bipolares, disociativos, somáticos y de la personalidad. En el transcurso de las unidades encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones y estudios de caso que le permitirán profundizar en su aprendizaje.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Semana 1



Unidad 1. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados

1.1. Conceptualización del trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos relacionados

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las **obsesiones** según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 constituye “pensamientos, imágenes o impulsos de naturaleza repetitiva y persistente” APA, (2014, p 20). Por su parte las **compulsiones** se caracterizan por ser: “conductas o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con normas que se deben aplicar de manera rígida” APA, (2014, p 238). Este trastorno suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, pero también puede hacerlo en la infancia, la edad promedio en varones es entre 6 a 15 años y en mujeres entre los 20 a 29 años (APA, 2002; APA, 2014 y Sue, Wing Sue, y Sue, 2010). Es importante indicar que el trastorno afecta de diferente manera a los individuos, hay quienes son conscientes que sus síntomas son excesivos o irracionales y hay

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

quienes no, es decir, tienen baja conciencia de la enfermedad. En este caso se ha descrito que el trastorno estaría más cerca de la psicosis, pues hay una pérdida de contacto con la realidad (Botella y Robert, 2009).

En la Tabla 1 podrá encontrar algunos ejemplos de obsesión-compulsión.

Tabla 1. Ejemplos de obsesión y compulsión

OBSESIÓN	COMPULSIÓN
Contaminación: miedo a los gérmenes.	Lavar las manos constantemente. Observe este link con un ejemplo sobre este caso
Dudas repetidas: sospechar que se dejó la estufa a gas encendida.	Comprobar varias veces si efectivamente es así, y aun verificando, regresar varias veces. Observe este link con un ejemplo sobre este caso:
Impulso de carácter horrendo: creer de manera contundente que habrá un accidente.	Repetir una oración o palabra varias veces con la finalidad de evitarlo. Observe este link con un ejemplo sobre este caso:

1.2. Clasificación del trastorno obsesivos-compulsivo y trastornos relacionados

La siguiente infografía contiene la clasificación que el manual DSM 5 ha establecido sobre el Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados:

[TOC Y trastornos relacionados](#)

Tal vez encuentre una clasificación diferente a esta en otros textos que haya revisado, probablemente esto se deba a que están basados en la versión anterior del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM IV TR, en el cual el trastorno obsesivo compulsivo está en la categoría trastorno de ansiedad.

Es importante estimado/a estudiante que profundice toda esta información revisando el texto básico. base

A manera de retroalimentación se puede indicar, que el DSM 5 contempla los Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados como una nueva categoría, caracterizadas por las preocupaciones obsesivas o conductas repetitivas. Los trastornos que se incluyen en esta nueva categoría son: TOC, trastorno dismórfico corporal (TDC), tricotilomanía (TTM), trastorno de excoriación (TE), trastorno de acumulación (TA), TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicación, TOC y trastornos relacionados debido a otra condición médica, otro TOC y trastornos relacionados especificados, y finalmente TOC y trastornos relacionados no especificados.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Complete la tabla 2 que se propone a continuación sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, en base al manual diagnóstico DSM 5.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo(F42)

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
A.	Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:
	Las obsesiones se definen por:
	1.
	2.
	Compulsiones se definen por:
	1.
	2.
B.	
C.	
D.	

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5

Procedimiento: Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe cumplir con el siguiente proceso:

1. Revise su texto básico en la temática “Trastornos obsesivos-compulsivo y trastornos relacionados”.
2. Preste especial atención al Trastorno obsesivo compulsivo y sus los criterios diagnósticos.
3. Complete la tabla 2 que se sugiere y comparta sus impresiones con el docente mediante el espacio de mensajería de la plataforma o a través del chat de tutoría y consulta semanal asignado a su paralelo

Actividad 2: [Estudio de Caso #1](#)

Actividad 3:



Autoevaluación 1

De acuerdo a la información analizada, responda las siguientes preguntas. Recuerde estimado/a estudiante que las autoevaluaciones no son calificadas, sin embargo, son importantes para su refuerzo de conocimientos:

Para llevar a cabo esta autoevaluación es fundamental revisar su texto base y la guía didáctica.

1. El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de:
 - a. Obsesiones.
 - b. Compulsiones.
 - c. Obsesiones y compulsiones.
2. Los síntomas obsesivo-compulsivos se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia:
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
3. Las compulsiones se definen por:
 - a. Pensamientos recurrentes.
 - b. Comportamientos o actos mentales repetitivos.
 - c. Impulsos persistentes.
4. Las obsesiones son ideas recurrentes que tratan sobre temas como:
 - a. Contaminación.
 - b. Repetir palabras en silencio.
 - c. Orden.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

5. Las preocupaciones por uno o más defectos o imperfecciones percibida en el aspecto físico hace referencia al:
- Trastorno de acumulación.
 - Trastorno de excoriación.
 - Trastorno dismórfico corporal.
6. En algún momento durante el curso del trastorno dismórfico corporal, el sujeto ha realizado actos mentales como, por ejemplo:
- Mirarse en el espejo.
 - Rascarse la piel.
 - Comparar su aspecto físico con el de otros.
7. La tricotilomanía se caracteriza por:
- Arrancarse el pelo.
 - Dañarse la piel.
 - La preocupación por el físico.
8. La acumulación puede atribuirse a otra afección médica como la lesión cerebral o enfermedades cardiovasculares.
- Verdadero.
 - Falso.
9. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Verdadero
 - Falso

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

10. Dentro de los celos obsesivos, la preocupación puede derivar en comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por la infidelidad.
- a. Verdadero.
 - b. Falso.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Semana 2



Unidad 2. Trastornos Bipolares y trastornos relacionados.

2.1. Conceptualización de Bipolaridad

La bipolaridad también llamada depresión-maniaca se caracteriza por la presencia de episodios serios de la manía y la depresión. En la manía los síntomas **afectivos**, incluyen un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. A nivel **cognitivo** se presentan síntomas de grandiosidad, volatilidad, pensamientos acelerados, falta de enfoque o atención y juicio deficiente. A nivel **conductual** con frecuencia son desinhibidos, pueden participar de manera impulsiva en la actividad sexual o con discursos insultantes. A nivel **fisiológico** los sujetos presentan disminución en la necesidad de dormir, acompañado de altos niveles de excitación, pérdida de peso y sueño durante periodos largos debido a la presencia de energía y excitación. Existen dos niveles de intensidad maniaca: **hipomanía y manía**.

La **hipomanía** es más leve, la persona presenta estado de ánimo elevado y un comportamiento hiperactivo, el juicio en estas personas por lo general es deficiente, aunque es raro que presenten delirios. En el momento que interactúan con los demás, dominan la

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

conversación. Comienzan proyectos, pero los culminan muy pocos o ninguno. En cambio, en la **manía** hay conductas más negativas incluyendo hiperactividad pronunciada e irritabilidad, el discurso suele ser incoherente y no toleran las críticas impuesta por los otros, mientras que las personas que padecen más severa esta manía se presentan muy excitadas, delira y están constantemente agitadas y en movimiento, es posible que se presenten alucinaciones y delirios. Estos individuos pueden ser incontrolables y peligrosos para ellos mismos y para los demás (APA, 2002; APA, 2014 y Sue, Wing Sue, y Sue, 2010).

2.2. Clasificación de los trastornos bipolares

De acuerdo con la quinta revisión del DSM (APA, 2014), se clasifica a los trastornos bipolares como: **trastorno bipolar I** que se caracteriza por la presencia de al menos un episodio maníaco; para el **trastorno bipolar II** es necesario que se cumpla los criterios para un episodio hipomaniaco y depresivo mayor que puede ser actual o pasado; el **trastorno ciclotímico** se caracteriza por la presencia de síntomas hipomaniacos y ánimo deprimido que no cumplen los criterios de un episodio hipomaniaco y depresivo mayor y que los síntomas han estado presentes por lo menos dos años. Dentro de la clasificación de los trastornos bipolares también mencionan los trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos y debido a otras afecciones médicas.

Cabe recalcar que existen otros trastornos bipolares y trastornos relacionados **específicos** como: episodios hipomaniacos de corta duración (2-3 días) y episodios de depresión mayor, episodios hipomaniacos con síntomas insuficientes y episodios de depresión mayor, episodio hipomaniaco sin episodio previo de depresión mayor y ciclotimia de corta duración (menos de 24 meses) y dentro de los no **específicos**: a esta categoría hace referencia a los síntomas de

dicho trastorno que causa malestar clínico o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos mencionados.

Para profundizar esta temática, por favor revise el apartado correspondiente a Trastornos Bipolares y trastornos relacionados que se encuentra en su texto básico.

A manera de retroalimentación se puede indicar que existen dos tipos de trastorno bipolar el I y II, siendo que el primero suele tener una manifestación más intensa, ya que viene acompañado de manía. Lo que caracteriza a la bipolaridad es la fluctuación intensa en el estado del ánimo, siendo que una persona puede sentirse en un determinado momento muy eufórica, energía o excitada y tiempo después mostrar un cuadro depresivo. Es importante señalar que no hay que confundir las fluctuaciones normales del estado de ánimo con este trastorno, una buena forma para guiar el diagnóstico es fijarse en las consecuencias negativas que acarrea en la vida del individuo.

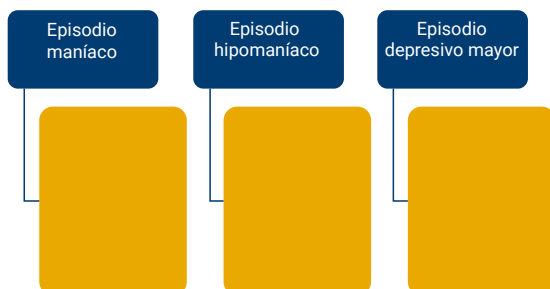


Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Revise, resuma y complete con sus propias palabras el gráfico 1 que se propone a continuación sobre los episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

Gráfico 1. Características de episodios maníaco, hipomaniaco y depresivo mayor.



Procedimiento: Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe cumplir con el siguiente proceso:

1. Revise su texto básico en la temática titulada: “Trastornos Bipolares y trastornos relacionados”.
2. Preste especial atención a los episodio maníaco, episodio hipomaniaco y episodio depresivo mayor, elementos que configuran los trastornos bipolares I y II y son fundamentales para su entendimiento.
3. Tome apuntes de las diferencias entre estos episodios (recuerde que, aunque el episodio maníaco y episodio hipomaniaco pueden sonar de manera similar tienen sutiles diferencias).
4. Complete con sus propias palabras el grafico 1 descrito previamente y que trata sobre los episodios manifestados.
5. Comparta el grafico que acaba de elaborar con su docente mediante un mensaje en la plataforma a través del espacio de tutorías y consultas.

Actividad 2: [Estudio de Caso # 2](#)

Actividad 3:



Autoevaluación 2

De acuerdo a la información analizada, responda las siguientes preguntas. Recuerde estimado estudiante que las autoevaluaciones no son calificadas, sin embargo, son importantes para su refuerzo de conocimientos:

Para llevar a cabo esta autoevaluación es fundamental revisar su texto base, la guía didáctica y los recursos complementarios sugeridos.

1. ¿Cuáles son los niveles de intensidad maniaca?
 - a. Hipomanía.
 - b. Manía.
 - c. Todas las opciones que se muestran son correctas
2. Los episodios hipomaníacos son más _____ que los episodios maníacos.
 - a. Graves.
 - b. Moderados.
 - c. Leves.
3. La hipomanía se caracteriza por presentar:
 - a. Comportamientos hiperactivos.
 - b. Hiperactividad pronunciada.
 - c. Alucinaciones y delirios.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

4. Los síntomas afectivos que se presentan en la manía son:
 - a. Grandiosidad, ánimo elevado o irritabilidad.
 - b. Pensamiento acelerado, irritabilidad o estado de ánimo elevado.
 - c. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.
5. Los sujetos que padecen episodios _____ a menudo necesitan recluirllos y medicarlos.
 - a. Maniacos.
 - b. Hipomaniacos.
 - c. Todas las opciones que se muestran son correctas.
6. El trastorno bipolar I se caracteriza por la presencia de al menos un:
 - a. Episodio hipomaníaco.
 - b. Episodio Maníaco.
 - c. Episodio depresivo mayor.
7. La presencia de al menos un episodio maniaco y depresivo mayor hace referencia al trastorno.
 - a. Bipolar I.
 - b. Ciclotímico.
 - c. Bipolar II.
8. En el trastorno Bipolar II es necesario que se cumpla los criterios para un episodio hipomaníaco y depresivo mayor que puede ser:
 - a. Actual.
 - b. Pasado.
 - c. Actual o pasado.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

9. El trastorno ciclotímico se caracteriza por presentar
- a. Síntomas hipomaníacos y ánimo depresivo.
 - b. Episodio hipomaníaco y depresivo mayor.
 - c. Episodio maníaco e hipomaníaco.
10. Para que los sujetos presenten un trastorno ciclotímico los síntomas tienen que estar presentes por lo menos:
- a. 1 año.
 - b. 2 años.
 - c. 3 años.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Semana 3



Unidad 3. Trastornos Disociativos

3.1. Conceptualización de los trastornos disociativos

Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento. Los síntomas disociativos pueden alterar posiblemente todas las áreas de funcionamiento psicológico, estos síntomas son experimentados como: (a) intrusiones espontáneas en la conciencia y el comportamiento, que se acompañan de una pérdida de continuidad de la experiencia subjetiva y/o (b) la incapacidad de acceder a la información o de controlar las funciones mentales que normalmente son fácilmente accesibles o controlables, estos síntomas aparecen con frecuencia como consecuencia de traumas, y muchos de los síntomas, como la turbación y la confusión acerca de los síntomas o el deseo de ocultarlos, se ven influidos por la proximidad al trauma.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

3.2. Clasificación de los trastornos disociativos.

Entre los trastornos disociativos tenemos: **Trastornos de identidad disociativa** se caracteriza por: (a) la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o de una experiencia de posesión, y (b) episodios recurrentes de amnesia. La fragmentación de la identidad puede variar con la cultura y con las circunstancias. Por lo tanto, cada individuo puede experimentar discontinuidades en la identidad y la memoria que no suelen ser evidentes de inmediato para los demás o están poco claras debido a los intentos para esconder la disfunción; **Amnesia disociativa**, se caracteriza por una incapacidad para recordar información autobiográfica esta amnesia puede estar subdividida en **amnesia localizada** que se caracteriza por una incapacidad de recordar hechos durante un periodo restringido de tiempo, y constituye la forma más común de amnesia disociativa, es más amplia que la amnesia para un solo evento traumático, mientras que la **amnesia selectiva** el individuo puede recordar alguno, pero no todos, los eventos durante un periodo de tiempo circunscrito, por lo tanto, el individuo recuerda parte de un evento traumático pero no otras partes y por último la **amnesia generalizada** corresponde a la pérdida total de la memoria que abarca toda la vida del individuo y es infrecuente. Los individuos con amnesia disociativa suelen desconocer sus problemas de memoria, muchos especialmente que tienen amnesia localizada, reducen al mínimo la importancia de su pérdida de la memoria, llegando a sentirse incómodos cuando se enfrentan a los hechos. En la amnesia **sistematizada** el individuo pierde la memoria para una categoría específica de información, en la amnesia **continua**, a la persona se le olvida cada nuevo evento que ocurre desde un acontecimiento determinado hasta la actualidad.

Trastorno de despersonalización/desrealización se caracteriza por una despersonalización clínicamente importante, persistente o recurrente y/o una desrealización. Los episodios de despersonalización se caracterizan por una sensación de irrealidad

o extrañez, o un distanciamiento de uno mismo en general, o de algunos aspectos del yo. Estas alteraciones en la experiencia están acompañadas de un juicio de realidad intacto.

Por otro lado, existen otros trastornos disociativos específicos como: síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos, alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa, reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes, trance disociativo.

Quizás el trastorno más conocido de esta categoría es el trastorno de identidad disociativo, previamente denominado trastorno de personalidades múltiples. Se cree que los medios de comunicación tuvieron un papel fundamental en el aumento de personas diagnosticadas con este trastorno, el cual se popularizó a causa de películas o libros. Si quiere adentrarse más en este trastorno le recomiendo leer el libro Sybil de la autora Flora Rheta Schreiber, un resumen del mismo lo encontrará en el siguiente [video](#).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: [Estudio de Caso # 3](#)

Actividad 2:

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas



Autoevaluación 3

1. Los síntomas disociativos pueden alterar posiblemente todas las áreas de funcionamiento psicológico.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
2. El trastorno de identidad disociativa se caracteriza por:
 - a. Una incapacidad para recordar información autobiográfica.
 - b. Presencia de dos o más estados de personalidad distintos.
 - c. Por una despersonalización clínicamente importante.
3. Una de las características del trastorno de identidad disociativa es la presencia de episodios recurrentes de amnesia.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
4. La amnesia disociativa puede ser:
 - a. Localizada.
 - b. Selectiva.
 - c. Generalizada.
 - d. Todas las opciones que se muestran son correctas.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

5. La amnesia localizada es:
- a. Cuando el individuo puede recordar alguno, pero no todos, los eventos durante un periodo de tiempo.
 - b. Incapacidad de recordar hechos durante un periodo restringido de tiempo.
 - c. Pérdida total de la memoria que abarca toda la vida del individuo.
6. La pérdida total de la memoria que abarca toda la vida del individuo. corresponde a la amnesia:
- a. Localizada.
 - b. Selectiva.
 - c. Generalizada.
7. El trastorno de despersonalización/desrealización se caracteriza:
- a. Por la despersonalización clínicamente importante, persistente o recurrente y/o una desrealización.
 - b. Por la presencia de dos o más estados de personalidad distintos.
 - c. Por la incapacidad para recordar información autobiográfica.
8. La desrealización son:
- a. Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo.
 - b. Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno.
 - c. Todas las opciones que se muestran son correctas.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

9. La amnesia continua es:
- a. Cuando la persona se le olvida cada evento que ocurre desde un acontecimiento determinado hasta la actualidad.
 - b. Cuando el individuo pierde la memoria para una categoría específica de información.
 - c. Ambas son correctas.
10. Los episodios de despersonalización se caracterizan por:
- a. Irrealidad o extrañez.
 - b. Distanciamiento de uno mismo en general.
 - c. Ambas son correctas.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Semana 4



Unidad 4. Trastornos somáticos y trastornos relacionados.

4.1. Conceptualización de los trastornos somáticos y trastornos relacionados

Todos los trastornos de esta unidad comparten una característica común: la importancia de los síntomas somáticos asociados con un malestar y deterioro significativo.

Para poderse diagnosticar los trastornos agrupados en esta categoría, la frecuencia debe ser superior a seis meses. A diferencia de lo que pasaba con el DSM IV TR en el nuevo manual diagnóstico DSM 5 no se requiere la ausencia de justificación médica.

Los individuos con este trastorno suelen presentar múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria (Criterio A), 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

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

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. Las características **cognitivas** incluyen una atención centrada en los síntomas somáticos, la atribución de las sensaciones corporales normales a una enfermedad física, preocupaciones acerca de la enfermedad y el temor de que cualquier actividad física puede dañar el cuerpo. 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.

Probablemente, luego de haber leído su texto base tenga una confusión entre dos términos “los síntomas positivos y los signos” y “ausencia de justificación médica”, cuestión que se explica a continuación:

En el anterior manual DSM IV TR existía una categoría llamada “trastornos somatomorfes” cuya característica principal era la ausencia de justificación médica, el caso más claro era la hipocondría, de la cual tal vez haya escuchado. Los pacientes con hipocondría sufrían por tener algún tipo de enfermedad, sin embargo, en las exploraciones o exámenes médicos no se encontraba ninguna causa orgánica que justifique el malestar del paciente. Esto obviamente le afectaba a él su entorno, pues pensaba que nadie le cree, el médico se podía cansar de atender la misma queja y la familia podía perder grandes sumas de dinero tratando de buscar una cura.

El problema era que el paciente realmente se sentía mal por los síntomas, además es difícil delimitar una barrera entre lo físico y psicológico, recordemos que somos seres biopsicosociales. A causa de ello, se buscó una nueva categoría que explique mejor el trastorno y en el nuevo manual DSM 5 se da menor relevancia

[Índice](#)[Primer
bimestre](#)[Segundo
bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias
bibliográficas](#)

a la “ausencia de justificación médica” prestando más atención a los síntomas y signos que incluyen (los síntomas somáticos angustiosos, los pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales) muchas veces no son el problema los síntomas somáticos, sino la forma en como las personas los interpretan.

4.2. Clasificación de los trastornos somáticos y trastornos relacionados

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 (Criterio B), la preocupación por la idea de que se está enfermo se acompaña de una ansiedad considerable sobre la salud y la enfermedad (Criterio C). 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, estas personas se encuentran con mucha más frecuencia en los centros médicos que en los centros de salud mental, generalmente estén insatisfechos con su atención médica, tienen la sensación de que no están siendo tomados en serio por los médicos.

El **trastorno de conversión** o trastorno de síntomas neurológicos funcionales en este trastorno se puede presentar uno o más síntomas de diversos tipos, los **síntomas motores** son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, las 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, 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.

Finalmente, el **trastorno facticio** se caracteriza por la simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado. Los sujetos con este trastorno pueden buscar tratamiento para sí mismos o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad.

Cabe recalcar que existen otros trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados **específicos** como: trastorno de síntomas somáticos breve, de ansiedad por enfermedad breve, de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos relacionados con la salud y los trastornos relacionados **no específicos** a esta categoría hace referencia a los síntomas de dicho trastorno que causa malestar clínico o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos mencionados.

Para profundizar en los conocimientos de esta temática, por favor revisar el apartado correspondiente a trastornos somáticos y trastornos relacionados que consta en su texto base.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Complete la tabla 3 que se propone sobre el trastorno de síntomas somáticos en base al manual diagnóstico DSM 5 y se muestra a continuación:

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el trastorno de síntomas somáticos (F45.1).

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
A.	
B.	
C.	
D.	

Procedimiento: Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe cumplir con el siguiente proceso:

1. Revise su texto básico en la temática titulada: “Trastornos somáticos y trastornos relacionados” y que consta en su texto básico
2. Ponga especial atención al “trastorno de síntomas somáticos”.
3. Complete la tabla 3 descrita previamente, con los criterios que el manual DSM 5 establece para este trastorno.
4. Comparta sus impresiones con el docente mediante un mensaje en la plataforma a través del espacio de tutorías y consultas.

Actividad 2: [Estudio de Caso # 4](#)

Actividad 3:



Autoevaluación 4

1. Dentro de una de las características cognitivas del trastorno de síntomas somáticos es:
 - a. Preocupación acerca de la enfermedad
 - b. Búsqueda repetitiva de atención médica y seguridad.
 - c. Evitación de la actividad física.
2. La repetida comprobación corporal de anomalías es una característica _____ del trastorno de síntomas somáticos.
 - a. Cognitiva.
 - b. Comportamiento.
 - c. Física.
3. Los síntomas somáticos que padecen los sujetos con trastorno de ansiedad por enfermedad son:
 - a. Leves.
 - b. Moderados.
 - c. Graves.
4. Los síntomas que presentan los sujetos con trastorno de conversión son:
 - a. Síntomas motores.
 - b. Síntomas sensoriales.
 - c. Ambas opciones son correctas

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

5. Uno de los síntomas motores que presenta los individuos con trastorno de conversión son:
 - a. Articulación alterada.
 - b. Debilidad o parálisis.
 - c. Reducción o la ausencia del volumen de la voz.
6. La alteración, reducción o la ausencia de sensibilidad de la piel, vista o el oído es un síntoma _____ del trastorno de conversión.
 - a. Síntoma motor.
 - b. Síntoma sensorial.
 - c. Síntoma físico.
7. El trastorno facticio se caracteriza por:
 - a. Simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros.
 - b. La presencia de síntomas motores y sensoriales.
 - c. La preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada.
8. La presencia de síntomas motores y sensoriales es una característica del trastorno de:
 - a. Ansiedad por enfermedad.
 - b. Conversión.
 - c. Facticio.
9. Las personas que se alarman fácilmente con las enfermedades pueden presentar un trastorno de:
 - a. Conversión.
 - b. Facticio.
 - c. Ansiedad por enfermedad.

10. La reducción del volumen de la voz también se la denomina como:

- a. Disfonía.
- b. Afonía.
- c. Disartria.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer bimestre](#)

[Segundo bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias bibliográficas](#)



Semana 5



Unidad 5. Trastornos de la personalidad

5.1. Conceptualización de los Trastornos de Personalidad de los grupos A y B

Estimado estudiante a continuación abordaremos en la unidad 5, los trastornos de personalidad, para lo cual, es importante que se realice una revisión previa del Manual Diagnostico DSM-5.

Se habla de trastorno de la personalidad cuando existen rasgos permanentes y un comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.

La clasificación de los trastornos de la personalidad se distribuye en tres grupos basados en las similitudes descriptivas, el grupo A se compone de los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípica, el grupo B está compuesto por los trastornos de personalidad antisocial, limite, histriónico y narcisista y grupo C

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

caracterizado por conductas ansiosas o temerosas. Esta semana se analizarán los trastornos de la personalidad de los grupos A y B y la siguiente se tratarán los trastornos de personalidad del grupo C.

5.2. Clasificación de los trastornos de personalidad de los grupos A y B

Estimado estudiante para mejorar la comprensión de los trastornos de personalidad, el texto básico los divide en tres grupos A, B y C. Usted podrá notar que los trastornos contenidos en cada grupo contienen una característica que los asemeja, por ejemplo, las personas que tienen un trastorno grupo A presentarán una serie de conductas que podrían considerarse como por los demás como excéntricas. A continuación, se analizarán con más detalle:

Las personas afectadas con un trastorno de personalidad del **Grupo A** suelen mostrarse raros o excéntricos, dentro de este grupo encontramos: el **trastorno de la personalidad paranoide** que se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas, este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos, el **trastorno de la personalidad esquizoide**, que refiere un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional, el **trastorno de personalidad esquizotípica**, que se caracteriza por un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidad del comportamiento.

Ya que hemos analizado los trastornos del Grupo A, es conveniente seguir con el **Grupo B**, los individuos que se incluyen en este grupo se caracterizan por que suelen presentar conductas exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas, así encontramos a: el **trastorno de personalidad antisocial**,

caracterizado por un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, el **trastorno de la personalidad límite**, que refiere un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada, el **trastorno de la personalidad histriónica**, que posee un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas, el **trastorno de la personalidad narcisista**, caracterizado por un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Complete la tabla 4 que se muestra a continuación sobre el trastorno general de personalidad en base al manual diagnóstico DSM 5.

Tabla 4. Criterios diagnósticos para el trastorno general de la personalidad.

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
A.	
	1.
	2.
	3.
	4.
B.	
C.	
D.	
E.	
F.	

Fuente: DSM 5 (APA, 2014)

Procedimiento:

1. Estimado estudiante, para cumplir con esta actividad revise su texto básico en la temática titulada: “trastornos de personalidad”, ponga especial atención al “trastorno general de personalidad”.
2. Complete la tabla que se sugiere sobre el trastorno general de personalidad en base a los criterios diagnósticos establecidos en el manual DSM 5.
3. Comparta la tabla que acaba de elaborar con su docente mediante la herramienta de mensajería en la plataforma o a través del chat de tutorías y consultas semanales designado a su paralelo.

**Semana 6**

5.3. Conceptualización de los trastornos de la personalidad de los grupos C

Continuando con el estudio de trastornos de personalidad, en esta semana abordaremos el grupo C, que comprende los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo. Este grupo se caracteriza por la presencia de conductas ansiosas y/o temerosas, suelen tener un poco correlación con otros trastornos de personalidad (Salavera, Puyuelo, Tricás y Lucha, 2009).

Las personas descritas en esta categoría presentan conductas ansiedad excesiva al qué dirán, una preocupación excesiva por el perfeccionismo u orden, o la necesidad excesiva que los otros tomen responsabilidad por su propia vida. (Sánchez, Gutiérrez, Segarra, Elizagarate y Eguiluz, 2010).

5.4. Clasificación de los trastornos de personalidad del grupo C.

Los individuos que presentan trastornos de la personalidad del **Grupo C** suelen ser ansiosos o temeroso, dentro de este grupo encontramos: el **trastorno de la personalidad evitativa**, caracterizado por un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa, el **trastorno de la personalidad dependiente**, que refiere un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado, el **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo**, que posee un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Finalmente, dentro de este grupo existen **cambios de la personalidad debido a otra afección médica**, trastorno que es debido los efectos fisiológicos directos de una afección médica. **Y trastorno de la personalidad específico y no específico** que se agrupa en una categoría que se compone de dos situaciones: 1) un patrón de la personalidad del individuo que cumple los criterios de un trastorno de la personalidad y que presenta rasgos de varios trastornos de la personalidad, pero que no cumple los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad, o 2) un patrón de la personalidad que cumple los criterios generales para un trastorno de la personalidad, aunque se considera que la persona tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-5.

Actividad 1: [Estudio de Caso # 5](#)

Actividad 2:

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas



Autoevaluación 5

1. Los trastornos de la personalidad tienen un inicio en:
 - a. La infancia.
 - b. La Adolescencia.
 - c. La edad adulta tardía.
2. Uno de los trastornos de personalidad que abarca el Grupo A es:
 - a. Histriónico.
 - b. Paranoide.
 - c. Evitativo.
3. El trastorno de personalidad dependiente pertenece al:
 - a. Grupo A.
 - b. Grupo B.
 - c. Grupo C.
4. El grupo B de los trastornos de personalidad se caracterizan por:
 - a. Mostrarse raros o excéntricos.
 - b. Ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas
 - c. Ser ansiosos o temerosos.
5. El grupo B abarca los trastornos de personalidad:
 - a. Paranoide.
 - b. Dependiente.
 - c. Ninguna es correcta.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

6. El trastorno de personalidad esquizoide se caracteriza por:
- a. Un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales.
 - b. Un patrón de desconfianza y suspicacia.
 - c. Un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
7. La inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y del afecto hacen referencia a un trastorno de personalidad:
- a. Narcisista.
 - b. Esquizoide.
 - c. Límite.
8. El trastorno de personalidad evitativa se caracteriza por un patrón de preocupación por el orden, perfección y el control.
- a. Falso.
 - b. Verdadero.
9. El trastorno de personalidad dependiente es un patrón de:
- a. Comportamiento de sumisión.
 - b. Adhesión relacionada con una necesidad excesiva de ser cuidado
 - c. Todas son las opciones que se muestran son correctas.
10. La desconfianza y suspicacia son síntomas del trastorno de personalidad:
- a. Paranoide.
 - b. Antisocial.
 - c. Obsesivo-compulsivo.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Actividades finales del bimestre



Semana 7

Estimado estudiante, a lo largo de estas semanas hemos analizado que ciertos trastornos pueden generar pensamientos obsesivos y conductas compulsivas (trastorno obsesivo-compulsivo); que dos alteraciones en principio diferentes, como la depresión y manía, pueden estar presentes en un mismo trastorno (trastorno bipolar); que puede existir una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia, la emoción, la percepción, identidad corporal, o el control motor (trastornos disociativos); que la preocupación por ciertos síntomas somáticos puede generar un deterioro y malestar clínicamente significativo en el paciente (trastorno de síntomas somáticos) y que hay trastornos que afectan a la personalidad y se caracterizan por su inflexibilidad (trastornos de personalidad).

Es muy importante que dedique estas últimas semanas a repasar la información analizada a lo largo del bimestre de cara a la evaluación presencial.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Actividad de aprendizaje recomendada

Apreciado estudiante, dedique estas últimas semanas a repasar el contenido analizado en el bimestre. Le motivamos a revisar su texto básico, guía didáctica, y ponerse en contacto con el docente quien apoya su aprendizaje.

Además, revise nuevamente los diferentes recursos y material complementario que encuentra en la plataforma previo a la evaluación presencial.



Semana 8

Actividad 1:

Estimado/a estudiante recuerde asistir a su centro universitario a rendir la prueba bimestral, la misma tiene una valoración de 10 puntos y se evaluarán los contenidos abordados en el primer bimestre.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Segundo bimestre

Resultado de aprendizaje 2

Determinar los criterios diagnósticos de cada trastorno psicopatológico asociados al adulto.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Estimado estudiante, mediante el presente resultado de aprendizaje usted será capaz de fijar con precisión los criterios diagnósticos asociados a los distintos trastornos psicopatológicos con afectación en la vida adulta.

Durante el segundo bimestre estudiaremos los criterios diagnósticos, el desarrollo y curso, la prevalencia, factores de riesgo y diagnóstico diferencial de la esquizofrenia, trastornos relacionados con sustancias, trastornos neurocognitivos, disfunciones sexuales y parafilias. En el transcurso de las unidades encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones y estudios de caso que le permitirán profundizar en su aprendizaje



Semana 9

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Unidad 6. Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos.

6.1. Conceptualización de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Estimados estudiantes en la primera unidad del segundo bimestre nos enfocaremos en la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, para lo cual es importante revisen el Manual Diagnóstico DSM-5. La clasificación actual de trastornos mentales especifica nueve subcategorías para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: (1) trastorno delirante, (2) trastorno psicótico breve, (3) trastorno esquizofreniforme, (4) esquizofrenia, (5) trastorno esquizoafectivo, (6) trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, (7) trastorno psicótico debido a otra afección médica, (8) catatonía asociada a otro trastorno mental y (9) trastorno catatónico debido a otra afección médica.

Los trastornos psicóticos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor desorganizado o anómalo y síntomas negativos (APA, 2014). Los cuatro primeros se los consideran como síntomas positivos, ya que son menos graves y generalmente mejoran con ayuda de medicación.

Los **delirios** son creencias fijas que no son susceptibles a cambio a pesar de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas como, por ejemplo:

- **Persecutorios.** - creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo.
- **Preferenciales.** - creencias de que ciertos gestos, comentarios señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno.
- **Grandeza.** - cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcional.
- **Erotomaníacos.** - cuando el individuo cree erróneamente que otras personas está enamorada de él o ella.
- **Nihilistas.** - suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe.
- **Somáticos.** - se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.

Por otro lado, las **alucinaciones** son percepciones que tienen lugar si la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial: auditivas, visuales, olfativas, táctiles y gustativas. Las alucinaciones auditivas son las más comunes, donde habitualmente se experimenta en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento.

Otro síntoma positivo de los trastornos psicóticos es el **pensamiento desorganizado**, característica principal de la esquizofrenia. Durante la comunicación, el individuo salta de un tema a otro, habla de manera inteligible o responde a las preguntas de un tema modo tangencial. La pérdida de las asociaciones también se conoce como disminución o desliz cognitivo y se da un cambio continuo de un tema a otro sin ninguna lógica aparente o conexión significativa.

En el **comportamiento motor muy desorganizado o anómalo**, puede evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objeto, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas. El comportamiento catatónico es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (negativismo), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (mutismo y estupor), también puede incluir actividad motora sin finalidad y excesiva sin causas aparente (excitación catatónica).

Los **síntomas negativos** son responsables de una proporción de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos que son especialmente prominentes en la esquizofrenia son: la expresión emotiva disminuida y la abulia. La **expresión emotiva** consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla (prosodia) y los movimientos de las manos; la cabeza y la cara que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso. La **abulia** es una disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivada por un propósito. Otros síntomas negativos son la alogia, la anhedonia y la asocialidad. La **alogia** se manifiesta por una reducción del habla, la **anhedonia** es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente, la **asocialidad** hace referencia a la aparente falta de interés por las interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia, pero también puede ser indicativa de que hay escasas oportunidades para la interacción social.

6.2. Clasificación de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Los trastornos que se encuentran en la categoría “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” son el **Trastorno delirante**, caracteriza por la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos un mes.

El **trastorno psicótico breve**, que se caracteriza por presentar alteración que implica el inicio brusco de, al menos, uno de los siguientes síntomas positivos: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o comportamiento psicomotor muy anómalo incluyendo la catatonía. El inicio brusco se define como un cambio de un estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un periodo de dos semanas, habitualmente sin pródromo, un episodio del trastorno dura al menos un día, pero menos de un mes y el individuo al final retorna por completo al nivel del funcionamiento premórbido.

El **trastorno esquizofreniforme** los síntomas característicos son idénticos a los de la esquizofrenia, se distingue por su diferente duración: la duración total de la enfermedad, incluidas la fase prodrómica, activa y residual, es de al menos un mes, pero menor de seis meses. El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se realiza en dos situaciones: (1) cuando un episodio de la enfermedad dura entre uno y seis meses y el sujeto ya se ha recuperado, y (2) cuando el individuo tiene síntomas durante menos de los seis meses requeridos para diagnosticar una esquizofrenia, pero todavía no se ha recuperado.

Por su lado, la **Esquizofrenia** tiene todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos

con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo, abarcando los síntomas positivos y negativos anteriormente nombrados.

En cambio, para el diagnóstico del **trastorno esquizoafectivo** se debe valorar la manifestación ininterrumpida de los síntomas, periodo durante el cual el individuo sigue manifestando síntomas activos o residuales de la patología psicótica, acompañados de un episodio mayor del estado anímico (maníaco o depresivo).

En el **trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos** las características esenciales son los delirios o alucinaciones prominentes que se consideran debido a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento. Este trastorno se distingue de un trastorno psicótico primario considerando el inicio, el curso y otros factores, surgen durante o poco después de la exposición de un medicamento, o tras la intoxicación o abstinencia de sustancias, pero pueden persistir durante semanas, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder al inicio del uso de sustancias/medicamentos o pueden presentarse durante periodos de abstinencia prolongada.

De igual forma sucede en el **trastorno psicótico debido a otra afección médica**, las características esenciales son los delirios o alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y que no se explican mejor por otro trastorno mental. Finalmente, el diagnóstico de **catatonía asociada a otro trastorno mental** puede utilizarse cuando se cumplen los criterios de la catatonía durante el curso de un trastorno del neurodesarrollo, psicótico, bipolar, depresivo o mental de otro tipo y la **catatonía no especificada**, se aplica cuando los síntomas característicos de la catatonía causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

u otras áreas importantes del funcionamiento, pero la naturaleza del trastorno mental subyacente u otra afección médica no está clara, no se cumple todos los criterios de catatonía o no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Complete la tabla 5 que se propone a continuación sobre el trastorno delirante en base al manual diagnóstico DSM 5.

Tabla 5. Subtipos de trastorno delirante

SUBTIPOS	CARACTERÍSTICA
Tipo erotomaniaco	
	Ejemplo:
Tipo de grandeza	
	Ejemplo:
Tipo celotípico	
	Ejemplo:
Tipo persecutorio	
	Ejemplo:
Tipo somático	
	Ejemplo:
Tipo mixto	
	Ejemplo:
Tipo no específico	
	Ejemplo:

Fuente: DSM 5 (APA, 2014)

Procedimiento: Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe cumplir con el siguiente proceso:

1. Revise su texto base en la temática “Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos”.
2. Preste especial atención al trastorno delirante y los principales subtipos de delirios.
3. Complete la tabla que se propone utilizando sus propias palabras, por favor coloque unas descripciones del delirio y un ejemplo.
4. Comparta sus impresiones con el docente mediante el espacio de mensajería en la plataforma o a través del espacio de tutorías y consultas semanales.

Actividad 2: [Estudio de Caso # 6](#)

Actividad 3:



Autoevaluación 6

1. Los delirios persecutorios son:
 - a. Creencias de que ciertos gestos, comentarios, se dirigen a uno.
 - b. Creencia de que uno va a ser perjudicado por un individuo.
 - c. Creencia de que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama, etc.
2. Los delirios _____ se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.
 - a. Nihilistas.
 - b. Erotomaníacos.
 - c. Somáticos.
3. La abulia:
 - a. Es disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia.
 - b. Se manifiesta por la reducción del habla.
 - c. Es la disminución de la capacidad para experimentar placer.
4. La aparente falta de interés por las interacciones sociales hace referencia a la:
 - a. Anhedonia.
 - b. Asocialidad.
 - c. Alogia.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

5. Los síntomas del trastorno esquizofreniforme son idénticos a los de la esquizofrenia
- a. Verdadero.
 - b. Falso.
6. El diagnóstico del trastorno esquizofreniforme se realiza cuando:
- a. un episodio de la enfermedad dura entre 1 y 6 meses y el sujeto ya se ha recuperado.
 - b. el individuo tiene síntomas durante menos de los 6 meses requeridos para diagnosticar una esquizofrenia, pero todavía no se ha recuperado.
 - c. Todas las opciones que se muestran son correctas
7. Mutismo es la:
- a. Respuesta verbal ausente o escasa.
 - b. Posición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos.
 - c. Inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad.
8. La imitación del habla de otra persona, también es denominado como:
- a. Ecopaxia.
 - b. Catalepsia.
 - c. Ecolalia.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

9. El diagnóstico del trastorno esquizoafectivo se base en:
- a. La valoración de un periodo interrumpido de enfermedad durante el cual el individuo sigue manifestando síntomas activos o residuales de la patología psicótica.
 - b. Un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales.
 - c. En el inicio brusco de, al menos, uno de los síntomas positivos.
10. Los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones:
- a. Cognitivas.
 - b. Conductuales.
 - c. Emocionales.
 - d. Todas las opciones que se muestran son correctas.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Semana 10



Unidad 7. Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos.

7.1. Conceptualización de los Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos

Estimados estudiantes en la siguiente unidad abordaremos los trastornos relacionados con sustancias, para lo cual es de suma importancia realizar una revisión previa de los criterios diagnósticos en el Manual Diagnóstico DSM-5. Dicha clasificación específica diez subcategorías relacionados con distintas sustancias: (1) alcohol, (2) cafeína, (3) cannabis, (4) alucinógenos, (5) inhalantes, (6) opiáceos, (7) sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, (8) estimulantes, (9) tabaco y (10) otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Todos los trastornos por consumo de sustancias del DSM-5 requieren que exista deterioro o malestar clínicamente significativo y la presencia de al menos dos consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo. El DSM-5 contempla varios especificadores para caracterizar los trastornos por consumo de sustancias; estos especificadores tienen que ver con el curso y la gravedad (APA, 2014).

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

7.2. Clasificación de los Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos

Los trastornos relacionados con sustancias engloban diez clases diferentes de drogas, no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos, dicha activación es tan intensa que se ignoran las actividades normales. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias.

Los **trastornos por consumo de sustancias** tienen como característica esencial la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. En cambio, en los **trastornos inducidos por sustancias** se incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias / medicamentos. Hablamos de **intoxicación** cuando hay el desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de las sustancias. En cambio, la **abstinencia** se caracteriza por el desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debido al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia. Y los **trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos** son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o de algunas toxinas.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Complete la tabla 6 que se propone a continuación sobre los Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos en base al manual diagnóstico DSM 5:

Tabla 6. Trastornos inducidos por sustancias

TRASTORNOS	CARACTERÍSTICA
Trastornos relacionados con el alcohol	<i>Trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo.</i>
	<i>Intoxicación por alcohol</i>
	<hr/> <hr/> <hr/>
	<i>Abstinencia de alcohol</i>
	<hr/> <hr/> <hr/>

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

TRASTORNOS	CARACTERÍSTICA
Trastornos relacionados con la cafeína	<p>Intoxicación por cafeína es el consumo reciente de cafeína y cinco o más signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después su consumo. Los síntomas son: agitación, nerviosismo, excitación insomnio, rubor facial, diuresis y molestias gastrointestinales. Si el consumo es más de 1g al día se puede producir: espasmos musculares, divagaciones del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, periodos de infatigabilidad y agitación psicomotora.</p> <p>Abstinencia de cafeína</p> <hr/> <hr/> <hr/>
Trastornos relacionados con el cannabis	<p>Trastorno por consumo de cannabis problema que están asociados con las sustancias derivadas a la planta de cannabis y con los compuestos sintéticos químicamente similares.</p> <p>Intoxicación por cannabis</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Abstinencia de cannabis</p> <hr/> <hr/> <hr/>

TRASTORNOS	CARACTERÍSTICA
Trastornos relacionados con los alucinógenos	Trastorno por consumo de fenciclidina
	Trastorno por consumo de otros alucinógenos
	Intoxicación por fenciclidina las manifestaciones más comunes son: desorientación, confusión sin alucinaciones, alucinaciones o delirios, un síndrome de tipos catatónico, agresividad, impulsividad, agitación psicomotora y juicio alterado.
Trastornos relacionados con los inhalantes	Trastorno por consumo de inhalantes se da por el uso repetido de una sustancia inhalante a pesar de que el individuo sabe que la sustancia le está causando graves problemas.
	Intoxicación por inhalantes implica mareos, nistagmo, poca coordinación, habla pastosa, marcha insegura, aletargamiento, reducción de reflejos, retraso psicomotor, temblores, debilidad muscular, visión borrosa, estupor o euforia.
Trastornos relacionados con los opiáceos	Trastorno por consumo de opiáceos se caracteriza por signos y síntomas que reflejan la autoadministración prolongada y compulsiva de sustancias opiáceas que no se utilizan para ningún propósito médico legítimo o, si existe otra afección médica que requiere tratamiento con opiáceos, el uso es en dosis muy superiores a la cantidad necesaria para dicha afección médica.
	Intoxicación por opiáceos
	Abstinencia de opiáceos

TRASTORNOS	CARACTERÍSTICA
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	<p>Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Intoxicación por sedantes hipnóticos o ansiolíticos</p> <p>Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracteriza por dos o más síntomas como: hiperactividad del sistema nervioso autónomo, temblores de manos, insomnio, náusea o vómito, alucinaciones, agitación psicomotora, ansiedad o convulsiones tónicoclónicas generalizadas.</p>
Trastornos relacionados con los estimulantes	<p>Trastorno por consumo de estimulantes</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Intoxicación por estimulantes se caracteriza por dos o más de síntomas como: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, tensión arterial elevada o reducida, sudoración o escalofríos, pérdida de peso, náusea o vómito, debilidad muscular, convulsiones, agitación o retraso psicomotor.</p> <p>Abstinencia de estimulantes</p> <hr/> <hr/> <hr/>
Trastornos relacionados con el tabaco	<p>Trastorno por consumo de tabaco es frecuente entre las personas que fuman productos del tabaco sin humo y tabaco a diario, y es poco frecuente entre las personas que no consumen tabaco a diario o que usan medicamentos de nicotina</p> <p>Abstinencia de tabaco se caracterizan por cuatro o más de los siguientes síntomas: irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, intranquilidad, estado de ánimo deprimido o insomnio.</p>

Fuente: DSM 5 (APA, 2014)

Procedimiento: Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe cumplir con el siguiente proceso:

1. Revise su texto base en la temática “Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos”.
2. Considere las características principales de cada uno de los trastornos inducidos por sustancias.
3. Complete la tabla que se propone con la información faltante
4. Comparta sus impresiones con el docente de la asignatura mediante mensaje en la plataforma o a través del espacio de tutorías y consultas semanales.

Actividad 2: [Estudio de Caso # 7](#)

Actividad 3:



Autoevaluación 7

1. Los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan por la asociación de síntomas:
 - a. Cognitivos, afectivos y fisiológicos.
 - b. Cognitivos comportamentales y fisiológicos.
 - c. Fisiológicos, somáticos y comportamentales.
2. Los trastornos inducidos por sustancias incluyen:
 - a. Intoxicación.
 - b. Abstinencia.
 - c. Otros trastornos mentales inducidos por sustancias/ medicamentos.
 - d. Todas las opciones que se muestran son correctas.
3. El desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de las sustancias, se denomina como:
 - a. Intoxicación.
 - b. Abstinencia.
 - c. Otros trastornos mentales inducidos por sustancias/ medicamentos.
4. Dentro de alguno de los síntomas que presentan los individuos intoxicados por cafeína son:
 - a. Nerviosismos, agitación, nistagmo.
 - b. Agitación, nerviosismos, diuresis.
 - c. Nistagmo, diuresis, habla disartría.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

5. Las manifestaciones más comunes de la intoxicación por fenciclidina son:
- a. Desorientación, alucinaciones o delirios, coma de gravedad variable.
 - b. Insomnio, agitación psicomotora, desorientación.
 - c. Coma de gravedad variable, alucinaciones o delirios, insomnio.
6. La intoxicación por sedantes hipnóticos o ansiolíticos se caracterizan por cambios:
- a. De comportamientos o psicológicos desadaptativos.
 - b. Fisiológicos.
 - c. Afectivos.
7. Los síntomas que pueden aparecer durante o poco después de consumir el alucinógeno son:
- a. Boca seca, visión borrosa, desorientación.
 - b. Taquicardia, aumento de peso, desorientación.
 - c. Dilatación pupilar, sudoración, visión borrosa.
8. Los síntomas de intoxicación por inhalantes son:
- a. Mareos, habla disártrica, aletargamiento.
 - b. Retraso psicomotor, temblores, estupor o coma.
 - c. Todas las opciones que se muestran son correctas
9. Algunos de los síntomas que presentan por abstinencia de tabaco son:
- a. Ansiedad, intranquilidad, insomnio.
 - b. Diuresis, sudoración, taquicardia.
 - c. Todas las opciones que se muestran son incorrectas.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

10. Los sujetos que presentan un trastorno no relacionado con sustancias (juego patológico) deben presentar cuatro o más de los criterios durante un periodo de:
- a. 6 meses.
 - b. 12 meses.
 - c. 18 meses.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Semana 11



Unidad 8. Trastornos Neurocognitivos

8.1. Conceptualización de los trastornos neurocognitivos

Estimados estudiantes en este apartado abordaremos los trastornos neurocognitivos, como siempre es importante revisar previamente el Manual Diagnóstico DSM-5, la clasificación actual especifica 12 subcategorías para los trastornos neurocognitivos: (1) síndrome confusional, (2) debido a la enfermedad de Alzheimer, (3) frontotemporal, (4) por cuerpos de Lewy, (5) vascular, (6) por traumatismo cerebral, (7) inducido por sustancias/medicamentos, (8) por VIH, (9) debido a enfermedad por priones, (10) por enfermedad de Parkinson, (11) debido a enfermedad de Huntington y (12) por otra afección médica.

Los trastornos neurocognitivo (TNC) son únicos entre las categorías del DSM-5, puesto que son síndromes cuya patología subyacente, y a menudo también la etiología, podría en principio determinarse. La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como trastorno neurocognitivo mayor, aunque el uso del término demencia no se excluye en los subtipos etiológicos en los que el uso

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

de este término es habitual. El término demencia se conserva en el DSM-5 para mantener la continuidad y puede utilizarse cuando nos referimos a enfermedades degenerativas que habitualmente afectan a las personas mayores, en cambio, el término neurocognitivo se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por el VIH (APA, 2014).

8.2. Clasificación de los trastornos neurocognitivos

De acuerdo al Manual Diagnóstico DSM-5 los trastornos neurocognitivos pueden clasificarse como leve o mayor, dependiendo de la afección en el dominio cognitivo y la gravedad de la sintomatología. Debido a la extensión de la temática, esta semana se analizarán los trastornos debidos a enfermedad de Alzheimer, por cuerpos de Lewy, por un traumatismo cerebral, el trastorno neurocognitivo vascular y trastorno neurocognitivo frontotemporal.

Cuando el trastorno neurocognitivo es debido a la **enfermedad de Alzheimer** el inicio es insidioso y la progresión gradual, en la fase **leve** la enfermedad típicamente se manifiesta con una alteración de la memoria y aprendizaje que en ocasiones se acompaña de déficit en la función ejecutiva, en la fase de **mayor** la capacidad visoconstructiva/perceptual motora y el lenguaje también estarán afectados. La cognición social tiende a estar preservada hasta fases avanzadas de la enfermedad.

En el trastorno neurocognitivo **frontotemporal**, se incluye una serie de variantes sindrómicas caracterizadas por el progresivo desarrollo de cambio en el comportamiento y la personalidad o por déficit en el lenguaje, dentro de la variante de **comportamiento** se presentan síntomas como: (a) desinhibición del comportamiento, (b) apatía o inercia, (c) pérdida de simpatía o empatía, (d) comportamiento

conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista y, (e) la hiperoralidad y cambios dietéticos. En la variante **lingüística** presentan una afasia primaria progresiva de inicio gradual.

En el trastorno neurocognitivo por **cuerpos de Lewy** cuando es **mayor** se incluye no sólo una disfunción cognitiva progresiva, sino también alucinaciones visuales complejas recurrentes y síntomas concurrentes del trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos, además de alucinaciones en otras modalidades sensoriales, depresión y delirios. En cambio, la fase **leve** es apropiado para aquellos individuos que presentan características esenciales o sugestivas en una fase en la que el deterioro cognitivo o funcional no es lo suficientemente grave como para cumplir los criterios del TNC mayor.

Para el diagnóstico de un trastorno neurocognitivo **vascular** se requiere la existencia de una enfermedad cerebrovasculares. En el TNC vascular **leve**, los antecedentes de un único ictus o de afección extensa de la sustancia blanca generalmente son suficientes. Para el TNC vascular **mayor** habitualmente se requieren dos o más ictus, un ictus en una localización estratégica o una combinación en enfermedad de la sustancia blanca y una o más lagunas.

Cuando el trastorno neurocognitivo es por un **traumatismo cerebral** hay evidencia de un impacto en la cabeza u otros mecanismos que produzcan movimientos rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, tal y como sucede en las lesiones producidas por explosiones. La lesión cerebral traumática se define como un traumatismo cerebral con características específicas que incluyen al menos uno de los siguientes síntomas: (a) pérdida de consciencia, (b) amnesia postraumática, (c) desorientación y confusión, y, en los casos más graves, (d) signos neurológicos.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Complete la tabla 7 que se propone a continuación sobre las diferencias entre el delirium, el trastorno neurocognitivo leve y mayor:

Tabla 7. Caracterización del delirium y diferencia entre trastorno neurocognitivo leve o mayor

Delirium	Trastorno neurocognitivo mayor	Trastorno neurocognitivo leve

Fuente: DSM 5 (APA, 2014)

Procedimiento: Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe cumplir con el siguiente proceso:

1. Revise su texto básico en la temática titulada: “Trastornos neurocognitivos”.
2. Tanto el delirium, el trastorno neurocognitivo leve y trastorno neurocognitivo mayor se diferencian entre sí por criterios como: tiempo de manifestación o intensidad de los síntomas. Analice estas diferencias y complete la tabla sugerida.
3. Comparta sus impresiones con el docente mediante el espacio de tutorías y consultas semanales o a través el espacio de mensajería de la plataforma.



Semana 12

8.3. Conceptualización de los trastornos neurocognitivos

Continuando con los trastornos neurocognitivo (TNC), esta semana se abordarán alteraciones como el TNC debido a enfermedad por priones, el TNC debido a la enfermedad de Parkinson y el TNC debido a enfermedad de Huntington, TNC inducido por sustancias/medicamentos y el TNC se da por infección por VIH.

Como se indicó en la semana anterior, los trastornos neurocognitivos son únicos entre las categorías del DSM-5, puesto que son síndromes cuya patología subyacente, y a menudo también la etiología, podría en principio determinarse. La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como trastorno neurocognitivo mayor, aunque el uso del término demencia no se excluye en los subtipos etiológicos en los que el uso de este término es habitual. El término demencia se conserva en el DSM-5 para mantener la continuidad y puede utilizarse cuando nos referimos a enfermedades degenerativas que habitualmente afectan a las personas mayores, en cambio, el término neurocognitivo se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por el VIH (APA, 2014).

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

8.4. Clasificación de los trastornos neurocognitivos

Entre los trastornos que se analizarán esta semana se encuentran: El TNC debido a enfermedad por priones, el TNC debido a la enfermedad de Parkinson y el TNC debido a enfermedad de Huntington, TNC inducido por sustancias/medicamentos y el TNC se da por infección por VIH.

El TNC inducido por **sustancias/medicamentos** se caracteriza por déficit neurocognitivos que persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia aguda, inicialmente estas manifestaciones pueden reflejar una lenta recuperación de las funciones cerebrales tras un período de consumo de sustancias prolongado. Pueden observarse mejorías en los indicadores neurocognitivos y de neuroimagen a lo largo de muchos meses.

Si el TNC se da por **infección por VIH** habitualmente existe un patrón “subcortical” con difusión ejecutiva prominente, ralentización de la velocidad de procesamiento, problemas con las tareas que exigen más atención y dificultades para aprender información nueva, aunque con menos problemas para recordar la información aprendida. En el TNC **mayor**, la ralentización puede ser prominente. Las dificultades del lenguaje, como la afasia, son raras, aunque puede haber una disminución de la fluencia. Los procesos patogénicos del VIH pueden afectar a cualquier parte del cerebro, por lo que son posibles otros patrones.

En el TNC debido a **enfermedad por priones** se incluye los TNC secundarios a un grupo de encefalopatías espongiformes subagudas causadas por unos agentes transmisibles denominados priones. El tipo más común es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. La variedad de esta enfermedad es mucho más rara y se asocia con la transmisión de la encefalopatía espongiforme bovina, también conocida como “enfermedad de las vacas locas”, los sujetos

con esta enfermedad presentan déficit neurocognitivos, ataxia y movimientos anormales como mioclonías, corea o distonía; también es común el reflejo de sobresalto.

La característica esencial del TNC debido a la **enfermedad de Parkinson** es el declive cognitivo que aparece después del inicio de la enfermedad. La alteración debe aparecer en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida y los déficits deben haberse desarrollado gradualmente. Se considera **probablemente** cuando no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo y cuando la enfermedad de Parkinson parece claramente al inicio del TNC y se considera **posible** cuando o bien no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo, o bien la enfermedad de Parkinson precede al inicio del TNC, pero no ambos.

En cambio, cuando es debido a la **enfermedad de Huntington** el deterioro cognitivo progresivo es una característica esencial, con cambios tempranos en la función ejecutiva en lugar de en el aprendizaje y la memoria. Los cambios cognitivos y comportamentales asociados suelen preceder la aparición de las típicas anomalías motoras, las bradicinesia y la corea.

Finalmente, existen **otras afecciones médicas** que pueden producir trastornos neurocognitivos: lesiones estructurales, hipoxia debida a hipoperfusión por insuficiencia cardíaca, afecciones endocrinológicas, afecciones nutricionales, otras afecciones infecciosas, trastornos inmunitarios, fallo hepático o renal, afecciones metabólicas y otras afecciones neurológicas.

Actividad 2: [Estudio de Caso # 8](#)

Actividad 3:

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas



Autoevaluación 8

1. El síndrome confusional se caracteriza por una alteración de la:
 - a. Atención.
 - b. Conciencia.
 - c. Ambas son correctas.
2. En el TNC mayor, los déficits cognitivos:
 - a. Interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas.
 - b. No interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas.
 - c. Ambas preguntas son correctas.
3. En el TNC leve se presenta un deterioro:
 - a. Grave del rendimiento cognitivo.
 - b. Moderado del rendimiento cognitivo.
 - c. Sustancias del rendimiento cognitivo.
4. En el trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer ¿Qué capacidades se afectan?:
 - a. Visoconstructiva/ perceptual motora.
 - b. Lenguaje.
 - c. Todas las opciones que se muestran son correctas.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

5. ¿Cuáles son las variantes sindrómicas del trastorno neurocognitivo frontotemporal?
- Comportamental y lingüística.
 - Cognitiva y comportamental.
 - Todas son correctas.
6. En el trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy incluye no sólo una disfunción cognitiva progresiva, sino también:
- Alucinaciones visuales complejas recurrentes.
 - Síntomas concurrentes del trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos.
 - Todas son correctas.
7. En el TNC vascular mayor habitualmente se requieren:
- 2 ictus.
 - 2 o más ictus.
 - 1 ictus.
8. La lesión cerebral traumática se define como un traumatismo cerebral con características específicas que incluyen al menos uno de los siguientes síntomas:
- Pérdida de conciencia.
 - Insomnio.
 - Desorientación.
 - A y C.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

9. ¿Cuándo se considera probable el TNC debido a la enfermedad de Parkinson?
- a. Cuando no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo.
 - b. Cuando la enfermedad de Parkinson parece claramente al inicio del TCN.
 - c. Todas las opciones son correctas.
10. En el TNC debido a la enfermedad de Huntington la característica esencial es:
- a. El deterioro cognitivo progresivo.
 - b. El deterioro afectivo.
 - c. Ambas son correctas.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Semana 13



Unidad 9. Disfunciones sexuales

9.1. Conceptualización de las disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales son aquellos trastornos que a causa de problemas fisiológicos o psicológicos se ve dificultada la participación o la satisfacción en las actividades sexuales. Las disfunciones sexuales pueden afectar a las diferentes fases de la respuesta sexual normal: deseo, excitación, orgasmo y resolución.

Los pioneros en el estudio y estructuración de la respuesta sexual humana fueron autores como Masters, Johnson, Kolodny o Helen Singler Kaplan, a través de sus aportaciones se ha llegado a delimitar ciertas fases presentes en el acto sexual.

La fase del deseo se caracteriza por una serie de pensamientos, emociones y sensaciones que generalmente aumentan el nivel de libido, predisponen a las personas al encuentro sexual. Los problemas en esta fase incluyen al trastorno del deseo sexual hipo activo en el varón.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

La fase de excitación se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos (vaso congestión, lubricación, hinchazón, etc) que facilitan en encuentro sexual, en el caso de los hombres en esta fase se presenta la erección y en las mujeres la lubricación vaginal. Trastornos en esta fase son el trastorno eréctil.

La fase del orgasmo se caracteriza por la descarga de la tensión neuromuscular. En el caso de la mujer, la plataforma orgásmica se contrae a intervalos de 0,8 segundos generando las sensaciones placenteras, en el caso de los hombres suele venir acompañado (no siempre) de la eyaculación. Trastornos de este tipo son la eyaculación retardada.

En la fase de resolución el individuo vuelve a un estado previo al encuentro sexual. En el caso de los hombres debe pasar un tiempo hasta que pueda volver a mantener otro encuentro sexual y este tiempo varía con la edad.

Las disfunciones sexuales pueden afectar a los individuos toda su vida, en cuyo caso se conoce como generalizadas o ante ciertos estímulos, situaciones o parejas en cuyo caso se conoce como situacionales. Aunque puede haber una clara relación entre una disfunción sexual y etiología orgánica, es adecuado considerarlas como trastornos que reciben influencia de factores, biológicos, psicológicos y socioculturales (APA, 2014).

9.2. Clasificación de las disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales según el nuevo manual diagnóstico DSM 5 se clasifican en:

La **eyaculación retardada**, entendida como el retraso marcado o incapacidad para alcanzar la eyaculación ante una estimulación sexual adecuada y el deseo de eyacular. El **trastorno eréctil** conocido

también como disfunción eréctil o **impotencia** (termino que ya casi no se usa por ser peyorativo), se caracteriza por el fracaso repetido para conseguir o mantener las erecciones durante la actividad sexual en pareja. El **trastorno orgásmico femenino** por su parte consiste en una dificultad para experimentar el orgasmo o una marcada disminución en la intensidad de las sensaciones orgásmicas. En el **trastorno de interés/excitación sexual femenino** la característica principal es la ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina. Hay que tomar ciertas precauciones a momento de establecer este trastorno ya que no todas las mujeres o parejas son iguales, por lo tanto, no es suficiente el considerar que la mujer tenga menor deseo que su pareja. El **trastorno de dolor génito- pélvico/penetración** se caracteriza por dificultades para mantener relaciones sexuales, dolor en el área genitor pélvica, temor al dolor o penetración y tensión en los músculos del suelo pélvico, los cuales dificultan o imposibilitan la penetración. El **Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón** se caracteriza por que el hombre presenta un deseo de actividad sexual escaso o ausente de forma persistente y recurrente. La **eyaculación prematura** consiste en que la eyaculación tiene lugar antes o poco después de la penetración vaginal.

También encontramos en la categoría disfunciones sexuales a las **disfunciones sexuales inducidas por sustancias medicamentos** cuya característica fundamental es una alteración de la función sexual que tiene relación temporal con el inicio, el aumento de la dosis o retirada de una sustancia medicamento.

Actividad 1: [Estudio de Caso # 9](#)

Actividad 3:

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas



Autoevaluación 9

1. La eyaculación retardada es un trastorno que afecta a:
 - a. La mujer.
 - b. El hombre.
2. El trastorno _____ se caracteriza por dificultades para conseguir o mantener las erecciones durante la actividad sexual en pareja.
 - a. Eréctil.
 - b. Trastorno orgásmico femenino.
 - c. Trastorno de interés/excitación sexual femenino.
3. La eyaculación prematura se caracteriza por el retraso marcado o la incapacidad para alcanzar la eyaculación:
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
4. Una persona que tiene un problema momentáneo para mantener la erección a causa del cansancio, ¿Puede ser diagnosticado de trastorno eréctil?
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
5. En el trastorno de dolor génito- pélvico/ penetración nunca es de por vida, siempre es adquirido luego de un suceso traumático:
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

6. ¿Cuál es la queja sexual menos masculina menos frecuente?
- a. Trastorno eréctil.
 - b. Eyaculación retardada.
 - c. Eyaculación precoz.
7. Si un hombre y su pareja se sienten bien manteniendo tres relaciones sexuales por mes, hablamos que tienen un trastorno de deseo sexual hipoactivo
- a. Verdadero.
 - b. Falso.
8. Cuando a una persona con disfunción eréctil únicamente presenta el problema ante determinadas circunstancias y con ciertas personas, indicamos que su trastorno es de tipo:
- a. Generalizado.
 - b. Situacional.
9. JL siempre ha tenido problemas para lograr o mantener la erección, no existe ninguna circunstancia o situación en la que esta se presente. ¿En este caso que su trastorno es adquirido?
- a. Verdadero.
 - b. Falso.
10. Ciertos estudios han sugerido que tras el trastorno de dolor génito-pelvico/ penetración pueden estar relacionados con:
- a. Educación rígida religiosa.
 - b. Abuso sexual.
 - c. Educación sexual inadecuada.
 - d. Todas las opciones que se muestran son correctas.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Semana 14



Unidad 10. Parafilias.

10.1. Conceptualización de las parafilias.

Estimados estudiantes, para finalizar el estudio del segundo bimestre abordaremos los trastornos parafilicos, para lo cual es importante que revisen una vez más los criterios del Manual Diagnóstico DSM-5, la clasificación actual nos especifica ocho subcategorías para los trastornos parafilicos: (1) voyeurismo (2) exhibicionismo, (3) frotteurismo, (4) masoquismo sexual, (5) sadismo sexual, (6) pedofilia, (7) fetichismo y (8) travestismo.

El término parafilia denota cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales. Un trastorno parafilico causa malestar o deterioro en el individuo o conlleva un perjuicio personal y/o riesgo de daño a terceros. La parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafilico, y la parafilia por sí misma no justifica o requiere necesariamente la intervención clínica (APA, 2014).

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)

10.2. Clasificación de las parafilias

De acuerdo al Manual Diagnóstico DSM-5 los trastornos parafilicos pueden aplicarse tanto a los individuos que en mayor o menor medida admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos que la niegan categóricamente. Todos los trastornos requieren al menos un periodo de seis meses de duración y excitación sexual intensa y recurrente derivada de la parafilia como tal.

Trastorno de voyeurismo tendencia sexual a observar a personas desprevenidas que estén desnudas, desnudándose o dedicadas a realizar actividades sexuales a pesar de haber pruebas de lo contrario.

Trastorno de exhibicionismo tendencia sexual a exponer sus genitales a personas desprevenidas, a pesar de haber datos objetivos de lo contrario.

Trastorno de frotteurismo tendencia sexual a realizar tocamientos o fricciones contra una persona sin su consentimiento a pesar de haber pruebas objetivas de lo contrario.

Trastorno de masoquismo sexual estas personas reconocen abiertamente su excitación sexual intensa al ser humillados, golpeados, atados o sometidos a sufrimiento de cualquier otra forma, y el trastorno se manifiesta por sus fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos.

Trastorno de sadismo sexual tendencia sexual a someter a sufrimiento físico o psicológico a otras personas a pesar de haber pruebas objetivas de lo contrario.

Trastorno de pedofilia atracción sexual hacia los niños prepúberes (generalmente menores de 13 años) a pesar de haber considerado pruebas objetivas de lo contrario.

Trastorno de fetichismo el interés parafilico de este trastorno implica un uso repetitivo y persistente o la dependencia de objetos inanimados, o un gran interés específico por ciertas partes del cuerpo como elementos primarios asociados a la excitación sexual.

Trastorno de travestismo no se aplica a todos los individuos que se visten del sexo opuesto, ni siquiera a aquellos que lo hacen habitualmente. Se aplica a los individuos cuyo travestismo o pensamiento de travestirse se acompaña a menudo o siempre de excitación sexual y que sufren malestar emocional o deterioro social o interpersonal a causa de dicho patrón.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Complete la tabla 8 con la característica adicionales a las ya antes descritas de cada trastorno parafilicos:

Tabla 8. Parafilias.

Trastorno	Característica Adicional
Voyeurismo	
Exhibicionismo	
Froteurismo	
Masoquismo sexual	
Sadismo sexual	
Pedofilia	
Fetichismo	
Travestismo	

Fuente: DSM 5 (APA, 2014)

Procedimiento: Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe cumplir con el siguiente proceso:

1. Revise su texto base en la temática “Trastornos parafílicos”.
2. Analice las características de cada uno de los trastornos que se encuentran en esta categoría.
3. Complete la tabla propuesta con la información correspondiente
4. Comparta sus impresiones con el docente mediante el espacio de tutorías y consultas semanales o a través el espacio de mensajería de la plataforma.

Actividad 2: [Estudio de Caso # 10](#)

Actividad 3:



Autoevaluación 10

1. Durante qué periodo deben presentar los criterios para ser diagnosticados como trastorno parafílico:
 - a. Al menos 3 meses.
 - b. Al menos 6 meses.
 - c. Al menos 1 años.
2. El trastorno de voyeurismo se caracteriza por:
 - a. Observar a personas desprevenidas que estén desnudas, desnudándose o dedicadas a realizar actividades sexuales.
 - b. Exponer sus genitales a personas desprevenidas.
 - c. Tocamientos o fricciones contra una persona sin su consentimiento.
3. En el trastorno de voyeurismo el individuo que experimenta la excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como mínimo:
 - a. 15 años.
 - b. 20 años.
 - c. 18 años.
4. La excitación sexual intensa al ser humillados, golpeados, atados o sometidos a sufrimiento de cualquier otra forma, hace referencia al trastorno de:
 - a. Froteurismo.
 - b. Sadismo sexual.
 - c. Masoquismo sexual.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

5. El trastorno de froteurismo se caracteriza por tocamientos o fricciones contra una persona sin su consentimiento
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
6. El trastorno de pedofilia se caracteriza por la atracción sexual hacia niños generalmente:
 - a. Menores de 13 años.
 - b. Mayores de 13 años.
 - c. De 18 años.
7. El trastorno de fetichismo se caracteriza por:
 - a. Uso repetitivo y persistente o la dependencia de objetos inanimados.
 - b. Gran interés específico por ciertas partes del cuerpo como elementos primarios asociados a la excitación sexual.
 - c. Ambas son correctas.
8. El trastorno de travestismo hace referencia cuando los individuos se visten del sexo opuesto
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
9. A que se refiere el término autoginofilia:
 - a. Cuando la excitación sexual se produce con pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer.
 - b. Cuando la excitación se produce con tejidos, materiales o prendas de vestir.
 - c. Ambas son correctas.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

10. Cuando el individuo busca la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración, se denomina:

- a. Autoginofilia.
- b. Asfixiofilia.
- c. Fetichismo.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Actividades finales del bimestre



Semana 15

Estimado estudiante, a lo largo de estas semanas hemos analizado que ciertos trastornos pueden generar alteraciones en la percepción, cognición o comportamiento (Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos); que el consumo excesivo y descontrolado de sustancias tanto legales como ilegales puede generar problemas a nivel personal, social o laboral (Trastornos Relacionados con Sustancias y trastornos adictivos); que los dominios cognitivos pueden alterarse a causa de alguna enfermedad cerebral degenerativa o por traumatismos cerebrales (trastorno neurocognitivo); que pueden existir alteraciones en la respuesta sexual normal (disfunciones sexuales) y que ciertas personas únicamente logran la excitación sexual con ciertas situaciones u objetos considerados inusuales y esta situación puede generar problemas a sí mismo o terceros (Trastorno de parafilias)

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Actividades de aprendizaje recomendadas

Apreciado estudiante, dedique estas últimas semanas a repasar el contenido analizado en el bimestre. Le motivamos a revisar su texto básico, guía didáctica, y ponerse en contacto con el docente quien apoya su aprendizaje.

Además, revise nuevamente los diferentes recursos y material complementario que encuentra en la plataforma previo a la evaluación presencial.



Semana 16



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1:

Recuerde asistir a su centro universitario a rendir la prueba bimestral, que tiene una valoración de 10 puntos. En ésta, se analizan solamente los contenidos estudiados en el segundo bimestre.



4. Solucionario

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	c	Los síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo son la presencia de obsesiones (pensamientos, imágenes o impulsos de naturaleza repetitiva y persistente) y compulsiones (conductas o actos mentales de carácter repetitivo).
2	b	Uno de los criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo es que los síntomas obsesivos-compulsivos no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
3	e	Las compulsiones son conductas o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida.
4	a	La contaminación es claro ejemplo de una obsesión, por la presencias de pensamientos, impulsos recurrentes e intrusivos.
5	c	El trastorno dismórfico corporal hace referencia cuando los individuos están preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes. La percepción de los defectos no es observable o sólo es apreciada levemente por los demás individuos.

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
6	c	El comparar su aspecto físico con el de otros es un claro ejemplo de los actos mentales que presentan las personas con trastornos dismórfico siendo este acto repetitivo como respuesta a la preocupación por el aspecto.
7	a	La característica esencial de la tricotilomanía es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo, el acto de arrancar el pelo puede afectar a cualquier región del cuerpo en la que crezca pelo.
8	b	La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica como por ejemplo lesiones cerebrales, enfermedades cardiovasculares, síndrome de Prader-Willi.
9	a	Los síntomas del trastorno de acumulación deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en importantes ámbitos sociales, laborales o de otro tipo de funcionamiento, incluido el mantenimiento de un ambiente seguro para uno mismo y los demás.
10	a	Los celos obsesivos se caracterizan por una preocupación no delirante acerca de la infidelidad percibida de la pareja, la preocupación puede derivar en comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por la infidelidad.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 2		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	c	Según el APA en lo que respecta a los trastornos bipolares consideran dos niveles de intensidad maniaca: hipomanía y manía. Considerando a la hipomanía como la afectación en el estado de ánimo “elevado” y un comportamiento hiperactivo y en lo que respecta a la manía se presenta conductas negativas, incluyendo hiperactividad pronunciada e irritabilidad.
2	c	La hipomanía es más leve donde la persona presenta estado de ánimo elevado y un comportamiento hiperactivo, el juicio en estas personas por lo general es deficiente, aunque es raro que presenten delirios.
3	a	Las personas que presentan hipomanía se caracterizan por tener comportamientos hiperactivos, mientras que en la manía se caracterizan por presentar hiperactividad pronunciada, alucinaciones y delirios.
4	c	En la manía, los síntomas afectivos incluyen un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. El funcionamiento social y ocupacional está dañado.
5	a	Las personas que padecen episodios maniacos pueden ser incontrolables y a que con frecuencia son peligrosos para ellos mismos y los demás, a menudo se necesita recluirllos y medicarlos.
6	b	El primer criterio para diagnosticar el trastorno bipolar I es que se cumpla los criterios de al menos para un episodio maniaco.
7	c	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 hipomaniaco.
8	c	Para el diagnóstico del trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios del episodio hipomaniaco actual o pasado y los criterios para un episodio de depresión mayor actual o pasado.

Autoevaluación 2		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
9	a	El rasgo principal del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y periodos de síntomas depresivos que son distintos entre sí.
10	b	Para que se diagnostique el trastorno ciclotímico los síntomas tienen que estar presentes por los menos dos años, estos síntomas deben ser persistentes y ningún intervalo libre de síntomas debe durar más de dos meses.

[Ir a la
autoevaluación](#)

Autoevaluación 3		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	Las características cognitivas del trastorno de síntomas somáticos incluyen una atención centrada en los síntomas somáticos, la atribución de las sensaciones corporales normales a una enfermedad física, preocupaciones acerca de la enfermedad y el temor de que cualquier actividad física puede dañar el cuerpo.
2	b	Las características de comportamiento relevantes asociadas del trastorno de síntomas somáticos pueden ser: la repetida comprobación corporal de anomalías, la búsqueda repetitiva de atención médica y seguridad y la evitación de la actividad física.
3	a	En el trastorno de identidad disociativa se pueden presentar episodios en los que el individuo no recuerda acontecimientos.
4	d	La amnesia disociativa puede ser: Localizada, selectiva o generalizada
5	b	En la amnesia localizada existe una incapacidad de recordar hechos durante un periodo restringido de tiempo
6	c	En la amnesia generalizada existe una pérdida total de la memoria que abarca toda la vida del individuo.
7	a	En el trastorno de despersonalización/desrealización existe: Una despersonalización clínicamente importante, persistente o recurrente y/o una desrealización.
8	b	En la desrealización son comunes las experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno
9	a	La amnesia continua se caracteriza por el olvido de cada evento que ocurre desde un acontecimiento determinado hasta la actualidad.
10	a	Los episodios de despersonalización se caracterizan por sentimientos de irrealidad o extrañez; también por distanciamiento de uno mismo en general.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 4		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	Las características cognitivas del trastorno de síntomas somáticos incluyen una atención centrada en los síntomas somáticos, la atribución de las sensaciones corporales normales a una enfermedad física, preocupaciones acerca de la enfermedad y el temor de que cualquier actividad física puede dañar el cuerpo.
2	b	Las características de comportamiento relevantes asociadas del trastorno de síntomas somáticos pueden ser la repetida comprobación corporal de anomalías, la búsqueda de repetitiva de atención médica y seguridad y la evitación de la actividad física.
3	a	No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
4	c	En el trastorno de conversión puede haber la presencia de uno o más síntomas de diversos tipos dentro de ellos están los síntomas motores y sensoriales.
5	b	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
6	b	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
7	a	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 mismo o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad.

Autoevaluación 4		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
8	b	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, alteración 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.
9	c	El trastorno de ansiedad por enfermedad implica una preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada, una evaluación completa no logra identificar una afección médica seria que justifique las preocupaciones de la persona.
10	a	En el trastorno de conversión existe la presencia de síntomas sensoriales dentro de aquellos están la disfonía que hace referencia a la reducción del volumen de la voz, mientras que la afonía es la pérdida del volumen de la voz y la disartria es la sensación de un nudo en la garganta.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 5		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.
2	b	El trastorno de personalidad paranoide corresponde al Grupo A al igual que los trastornos esquizoides y esquizotípico estos individuos suele mostrarse raros o excéntricos.
3	c	El trastorno de personalidad dependiente corresponde al grupo C al igual de los trastornos de personalidad evitativo y obsesivo-compulsivo estos individuos suelen ser ansiosos o temerosos.
4	b	Los trastornos de personalidad correspondiente al grupo B, antisocial, límite, histriónico y narcisista, se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.
5	c	Los trastornos de personalidad correspondiente al grupo B, antisocial, límite, histriónico y narcisista, se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. El trastorno de personalidad paranoide corresponde al grupo A y el trastorno de personalidad dependiente corresponde al grupo C.
6	a	La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizoide es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de las emociones en situaciones interpersonales. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una variedad de contextos

Autoevaluación 5		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
7	c	La característica esencial del trastorno de personalidad límite es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la auto imagen y los efectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.
8	b	El trastorno de personalidad evitativa se caracteriza por un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza en la edad adulta temprano ay que está presente en una variedad de contextos, mientras que el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal.
9	c	El trastorno de personalidad dependiente es una necesidad persistente y excesiva de recibir cuidados que conlleva un comportamiento de extrema sumisión y apego, y temores de separación, la dependencia y los comportamientos sumisos están diseñados para obtener la prestación de cuidados y surgen de la autopercepción de que son incapaces de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás
10	a	La característica esencial del trastorno de personalidad paranoide es un patrón de suspicacia generalizada y de desconfianza hacia los demás de manera que sus motivos se interpretan como malévolos

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 6		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	Los delirios persecutorios son creencias de que uno va a ser perjudicado, acosado etc., por un individuo, organización o grupo, siendo este tipo de delirio uno de los más comunes.
2	c	Los delirios somáticos se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos, los delirios somáticos pueden aparecer de diferentes formas, las más comunes son las creencias de que el sujeto desprende un olor repugnante, de que hay una infestación de insectos sobre la piel o debajo de ella, de que hay un parásito interno, de que ciertas partes del cuerpo son deformes o feas, o de que hay partes del cuerpo que no funcionan.
3	a	La abulia es una disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivada por un propósito. El individuo puede permanecer sentado durante largos periodos de tiempo y mostrar escaso interés en participar en actividades laborales o sociales.
4	b	La asocialidad se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia, pero también puede ser indicativa de que hay escasas oportunidades para la interacción social.
5	a	Los síntomas característicos del trastorno esquizofreniforme son idénticos a los de la esquizofrenia. El trastorno esquizofreniforme se distinguen por su diferente duración: la duración total de la enfermedad, incluidas las fases prodrómica, activa y residual, es de al menos 1 mes pero menor de 6 meses.

Autoevaluación 6		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
6	c	El diagnóstico del trastorno esquizofreniforme se realiza en dos situaciones: 1) cuando un episodio de la enfermedad dura entre 1 y 6 meses y el sujeto ya se ha recuperado , 2) cuando un individuo tiene síntomas durante menos de los 6 meses requeridos para diagnosticar una esquizofrenia pero todavía no se ha recuperado, en este caso, el diagnostico debe anotarse como trastorno esquizofreniforme, puesto que no es seguro que el individuo vaya a recuperarse del trastorno dentro del periodo de 6 meses.
7	a	El mutismo es la respuesta verbal ausente o escasa, mientras que la posición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos hace referencia al negativismo y la inducción pasiva de una postura mantenido contra la gravedad también es denominada como catalepsia.
8	c	La ecolalia es la imitación del habla de otra persona, la ecopraxia es la imitación de los movimientos de otra persona y la catalepsia es la inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad.
9	a	El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se basa en la valoración de un periodo ininterrumpido de enfermedad durante el cual el individuo sigue manifestando síntomas activos o residuales de la patología psicótica, el diagnostico habitualmente, aunque no necesariamente, se hace durante el periodo de enfermedad psicótica.
10	d	Los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno. El diagnostico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con ese trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 7		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia.
2	d	La categoría general de trastornos inducidos por sustancias incluye la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/ medicamentos (p. ej., el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno depresivo inducido por sustancias).
3	a	La característica esencial se refiere al desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia. Los cambios significativos problemáticos a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación, se atribuyen a los efectos fisiológicos de las sustancias sobre el sistema nervioso central, los cuales se desarrollan durante o al poco tiempo tras el consumo.
4	b	Para el diagnóstico de una intoxicación por cafeína deben presentar cinco o más de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de cafeína: intranquilidad, nerviosismo, excitación, insomnio, rubor facial, diuresis, trastornos gastrointestinales, espasmos musculares, divagaciones de los pensamientos y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, periodos de infatigabilidad, agitación psicomotora.
5	a	Las manifestaciones clínicas más comunes de la intoxicación son desorientación, confusión sin alucinaciones, alucinaciones o delirios, un síndrome de tipo catatónico y un coma de gravedad variable.
6	a	La intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de cambios de comportamiento o psicológicos desadaptativos clínicamente significativos que se desarrollan durante o poco después del uso de un sedante, un hipnótico o un ansiolítico.

Autoevaluación 7		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
7	c	Los signos que aparecen durante o poco después de consumir el alucinógeno son: dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación.
8	c	Los signos o síntomas que aparecen durante o poco después del consumo del inhalante son: mareos, nistagmo, incoordinación, habla disártrica, marcha insegura, aletargamiento, reducción de reflejos, retraso psicomotor, temblores, debilidad muscular generalizada, visión borrosa o diplopía, estupor o coma, euforia.
9	a	El cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes presenta los siguientes síntomas: irritabilidad, frustración o rabia, ansiedad, dificultad para concentrarse, aumento de apetito, intranquilidad, estado de ánimo deprimido e insomnio.
10	b	La característica esencial del juego patológico es un comportamiento disfuncional recurrente y persistente de juego que interrumpe las actividades personales, familiares y/u ocupacionales. Los síntomas que caracterizan al juego patológico deben estar presentes durante 12 meses.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 8		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	C	La característica esencial del delirium es una alteración de la atención o de la conciencia acompañada de un cambio cognitivo con respecto a la situación basal que no se explica mejor por un trastorno neurocognitivo preexistente o en curso.
2	A	En el trastorno neurocognitivo mayor los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).
3	B	En el trastorno neurocognitivo leve se evidencia un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social).
4	C	En la fase de trastornos neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, la capacidad visoconstructiva/perceptual motora y el lenguaje se ven afectadas en especial cuando el TNC sea moderado o grave. La cognición social tiende a estar preservada hasta fases avanzadas de la enfermedad.
5	A	El trastorno neurocognitivo Frontotemporal, mayor o leve, incluye una serie de variantes sindrómicas caracterizadas por el progresivo desarrollo de cambios en el comportamiento y la personalidad o por déficits en el lenguaje.

Autoevaluación 8		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
6	C	El trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy incluye no sólo una disfunción cognitiva progresiva (con afectación temprana de la atención compleja y la función ejecutiva, en lugar del aprendizaje y la memoria), sino también alucinaciones visuales complejas recurrentes y síntomas concurrentes de trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos (REM).
7	B	Habitualmente se requieren dos o más ictus, un ictus en una localización estratégica o una combinación en enfermedad de la sustancia blanca y una o más lagunas.
8	D	La lesión cerebral traumática se define como un traumatismo cerebral con características específicas que incluyen al menos uno de los siguientes: pérdida de conciencia, amnesia postraumática, desorientación y confusión, y, en los casos más graves, signos neurológicos.
9	C	El TNC debido a la enfermedad de Parkinson se considera probablemente cuando no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo y cuando la enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del TCN, mientras que se considera posiblemente cuando o bien no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo, o bien la enfermedad de Parkinson procede al inicio del TNC, pero no ambos.
10	A	El deterioro cognitivo progresivo es una característica esencial de la enfermedad de Huntington, con cambios tempranos en la función ejecutiva (es decir, velocidad de procesamiento, organización y planificación) en lugar de en el aprendizaje y la memoria.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 9		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	La eyaculación retardada es un problema que afecta al hombre, se caracteriza por una incapacidad para alcanzar la eyaculación. Aunque se ha descrito que puede existir eyaculación femenina los estudios en este campo no están tan desarrollados.
2	a	El trastorno eréctil, también llamada disfunción eréctil es un problema que genera dificultad para conseguir o mantener la erección. Lo cual acarrea malestar al individuo y también puede que a su pareja
3	b	La eyaculación prematura se caracteriza por que la eyaculación tiene lugar antes o poco tiempo después de la penetración vaginal y se concreta con el tiempo de latencia eyaculatoria tras la penetración vaginal estimado para el individuo
4	b	No se puede diagnosticar una disfunción sexual si esta es momentánea, de hecho gran parte de los individuos experimentarían en algún momento de su vida alguna dificultad sexual momentánea.
5	b	Según el manual diagnóstico DSM 5 el trastorno de dolor génito-pelvico/penetración puede darse toda la vida de la mujer, o puede desarrollarse posteriormente, luego de un periodo de funcionamiento normal
6	b	La queja sexual menos frecuente en hombres es la eyaculación retardada
7	b	Debido a heterogeneidad de las parejas, no existe un parámetro establecido en cuanto a tiempo que deben durar o mantenerse las relaciones sexuales. Es conveniente considerar que la pareja se sienta bien con sus encuentros sexuales y no dañan a sí mismos o terceros
8	b	Si la disfunción sexual se presenta ante determinadas personas o circunstancias indicamos que el trastorno es situacional

Autoevaluación 9		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
9	a	Si la disfunción sexual se presenta con todas las personas y bajo cualquier circunstancia indicamos que el trastorno generalizado su transtorno es generalizar
10	e	Se ha descrito que una educación rígida religiosa, el abuso sexual o la educación sexual inadecuada pueden estar relacionadas con el trastorno de dolor génito-pelvico/penetración, aunque el manual DSM 5 indica que se requieren investigaciones más concluyentes

[Ir a la autoevaluación](#)

[Índice](#)

[Primer bimestre](#)

[Segundo bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Referencias bibliográficas](#)

Autoevaluación #10		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	Los signos y síntomas para el diagnóstico de algunos de los trastornos parafilicos deben estar presentes durante al menos 6 meses.
2	a	Los criterios diagnósticos del trastorno de voyeurismo pueden aplicarse tanto a los individuos que en mayor o menor medida admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos que niegan categóricamente cualquier tendencia sexual a observar a personas desprevenidas que estén desnudas, desnudándose o dedicadas a realizar actividades sexuales a pesar de haber pruebas de lo contrario.
3	c	La adolescencia y la pubertad generalmente incrementan la curiosidad y la actividad sexual. Con el fin de atenuar el riesgo de patologizar el interés y el comportamiento sexual que son normales durante la adolescencia puberal, la edad mínima para el diagnóstico del trastorno de voyeurismo se establece en 18 años.
4	c	Los criterios diagnósticos del trastorno de masoquismo sexual han sido concebidos para aplicarse a los individuos que admiten libremente tener ese tipo de interés parafilico. Estas personas reconocen abiertamente su excitación sexual intensa al ser humillados, golpeados, atados o sometidos a sufrimiento de cualquier otra forma, y el trastorno se manifiesta por sus fantasías, deseos sexuales irrefrenable o comportamientos.
5	a	Los criterios diagnósticos del trastorno de frotteurismo pueden aplicarse tanto a los individuos que en mayor o menor medida admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos otros que niegan categóricamente cualquier tendencia sexual a realizar tocamientos o fricciones contra una persona sin su consentimiento a pesar de haber pruebas objetivas de lo contrario.

Autoevaluación #10		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
6	a	Los criterios diagnósticos del trastorno de pedofilia pueden aplicarse tanto a los individuos que admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos otros que niegan categóricamente cualquier atracción sexual hacia los niños prepúberes (generalmente menores de 13 años).
7	c	El interés parafilico del trastorno de fetichismo implica un uso repetitivo y persistente o la dependencia de objetos inanimados, o un gran interés específico por ciertas partes del cuerpo (típicamente no genitales) como elementos primarios asociados a la excitación sexual.
8	b	El diagnóstico del trastorno de travestismo no se aplica a todos los individuos que se viste del sexo opuesto, ni siquiera a aquellos que lo hacen habitualmente. Se aplica a los individuos cuyo travestismo o pensamiento travestirse se acompaña a menudo o siempre de excitación sexual.
9	a	La autoginofilia es la excitación sexual que se produce por pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer, mientras que la excitación se produce con tejidos, materiales o prendas de vestir se lo denomina como fetichismo.
10	b	La Asfixiofilia es cuando el individuo busca conseguir la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración, mientras que el autoginofilia es la excitación sexual se produce con pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer y el fetichismo es la excitación sexual que se produce con tejidos, materiales o prendas de vestir.

Ir a la
autoevaluación



5. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5 Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana

American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Botella, C. y Robert, C. (2009). El trastorno obsesivo-compulsivo. En A. Belloch, B. Sandín, F. Ramos. (Ed.), Manual de psicopatología (pp. 150-172). Madrid: Mc Graw Hill.

Durand, V Mark; Barlow, David H. (2001) Psicología anormal: Un enfoque integral. México Thomson editores. Recuperado desde: <https://bibliotecautpl.utpl.edu.ec/abnetopac/abnetcl.exe?ACC=DOSEARCH&xsqf99=57753>

First, Michael B. (2015) DSM: Manual de Diagnóstico Diferencial. Madrid Panamericana. Recuperado desde: <https://bibliotecautpl.utpl.edu.ec/abnetopac/abnetcl.exe?ACC=DOSEARCH&xsqf99=84513>

Instituto Nacional de Salud Mental (2010). *Cuando pensamientos indeseados toman el control: trastorno obsesivo-compulsivo*. [En línea] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/obsessivecompulsivedisorder.html>

Salavera, C., Puyuelo, M., Tricás, J., Lucha, O. (2009) Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar. *Universitas Psychologica*, (9) 2, pp. 457-467

Sánchez BC, Morales CF, Carreño MJ, et al. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatol Reprod Hum*. 2005;19(3-4):152-160.

Sanchez, P., Gutierrez, M., Segarra, R., Elizagarate E., y Eguiluz J. (2010). *Psicopatología de los trastornos de personalidad*. En M. Roca. (Ed), *Trastornos de Personalidad* (pp. 205-241). Barcelona: Lexus

Sue , D., Wing Sue, D., & Sue, S. (2010). *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal* . México: Cengage Learning.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas