



# UTPL

La Universidad Católica de Loja

Vicerrectorado de Modalidad Abierta y a Distancia

## Psicopatología del Adulto

Guía didáctica





Facultad Ciencias Sociales, Educación y Humanidades

# Psicopatología del Adulto

## Guía didáctica

Carrera	PAO Nivel
Psicología	V

### Autores:

Eugenio Fabián Macas Ordóñez

### Reestructurada por:

Erick Gabriel Valarezo Guzmán



Universidad Técnica Particular de Loja

## Psicopatología del Adulto

### Guía didáctica

Eugenio Fabián Macas Ordóñez

#### Reestructurada por:

Erick Gabriel Valarezo Guzmán

### Diagramación y diseño digital

Ediloja Cía. Ltda.

Marcelino Champagnat s/n y París

edilocialtda@ediloja.com.ec

[www.ediloja.com.ec](http://www.ediloja.com.ec)

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

Año de edición: octubre, 2020

Edición: primera edición reestructurada en enero 2025 (con un cambio del 30%)

Loja-Ecuador



Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual** 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de **Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: Reconocimiento- debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. No Comercial-no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Compartir igual-Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



# Índice

<b>1. Datos de información .....</b>	<b>9</b>
1.1 Presentación de la asignatura.....	9
1.2 Competencias genéricas de la UTPL.....	9
1.3 Competencias del perfil profesional .....	9
1.4 Problemática que aborda la asignatura .....	9
<b>2. Metodología de aprendizaje .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje.....</b>	<b>12</b>
<b>Primer bimestre .....</b>	<b>12</b>
<b>Resultado de aprendizaje 1: .....</b>	<b>12</b>
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>12</b>
<b>Semana 1 .....</b>	<b>13</b>
Unidad 1. Trastornos de ansiedad .....	13
1.1. Conceptualización de los trastornos de ansiedad.....	13
1.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad .....	13
Autoevaluación 1 .....	15
Unidad 2. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.....	17
2.1. Conceptualización del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados .....	17
2.2. Clasificación del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados .....	18
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	20
Autoevaluación 2.....	22
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>24</b>
<b>Semana 2.....</b>	<b>24</b>
Unidad 3. Trastornos depresivos.....	24
3.1. Conceptualización de los trastornos depresivos .....	24
3.2. Clasificación de los trastornos depresivos .....	24
Autoevaluación 3.....	26



Unidad 4. Trastornos bipolares y trastornos relacionados.....	27
4.1. Conceptualización de bipolaridad.....	27
4.2. Clasificación de los trastornos bipolares .....	28
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	30
Autoevaluación 4.....	31
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>34</b>
<b>Semana 3.....</b>	<b>34</b>
Unidad 5. Trastornos disociativos.....	34
5.1. Conceptualización de los trastornos disociativos .....	34
5.2. Clasificación de los trastornos disociativos.....	34
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	36
Autoevaluación 5.....	37
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>39</b>
<b>Semana 4.....</b>	<b>39</b>
Unidad 6. Trastornos somáticos y trastornos relacionados .....	39
6.1. Conceptualización de los trastornos somáticos y trastornos relacionados .....	39
6.2. Clasificación de los trastornos somáticos y trastornos relacionados .....	40
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	41
Autoevaluación 6.....	43
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>45</b>
<b>Semana 5.....</b>	<b>45</b>
Unidad 7. Trastornos de la personalidad.....	45
7.1. Conceptualización de los trastornos de personalidad de los grupos A y B.....	45
7.2. Clasificación de los trastornos de personalidad de los grupos A y B .....	46
Actividad de aprendizaje recomendada .....	47
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>49</b>



<b>Semana 6</b> .....	<b>49</b>
Unidad 7. Trastornos de la personalidad .....	49
7.3. Conceptualización de los trastornos de la personalidad de los grupos C .....	49
7.4. Clasificación de los trastornos de personalidad del grupo C.....	49
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	50
Autoevaluación 7 .....	50
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>52</b>
<b>Semana 7</b> .....	<b>52</b>
Unidad 8. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés .....	52
8.1. Conceptualización de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés .....	52
8.2. Clasificación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés .....	53
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	54
Autoevaluación 8.....	55
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>57</b>
<b>Semana 8</b> .....	<b>57</b>
Actividades finales del bimestre .....	57
<b>Segundo bimestre</b> .....	<b>58</b>
<b>Resultado de aprendizaje 2:</b> .....	<b>58</b>
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>58</b>
<b>Semana 9</b> .....	<b>58</b>
Unidad 9. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos .....	58
9.1. Conceptualización de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos .....	58
9.2. Clasificación de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos .....	61
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	63
Autoevaluación 9.....	65
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>67</b>



<b>Semana 10</b> .....	<b>67</b>
Unidad 10. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos .....	67
10.1. Conceptualización de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos .....	67
10.2. Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos .....	68
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	69
Autoevaluación 10.....	70
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>73</b>
<b>Semana 11</b> .....	<b>73</b>
Unidad 11. Trastornos neurocognitivos.....	73
11.1. Conceptualización de los trastornos neurocognitivos .....	73
11.2. Clasificación de los trastornos neurocognitivos.....	73
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	75
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>76</b>
<b>Semana 12</b> .....	<b>76</b>
Unidad 11. Trastornos neurocognitivos.....	76
11.3. Conceptualización de los trastornos neurocognitivos .....	76
11.4. Clasificación de los trastornos neurocognitivos.....	76
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	78
Autoevaluación 11.....	78
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>80</b>
<b>Semana 13</b> .....	<b>80</b>
Unidad 12. Disfunciones sexuales .....	80
12.1. Conceptualización de las disfunciones sexuales .....	80
12.2. Clasificación de las disfunciones sexuales.....	81
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	83
Autoevaluación 12.....	83
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>85</b>



<b>Semana 14</b> .....	<b>85</b>
Unidad 13. Parafilias .....	85
13.1. Conceptualización de las parafilias .....	85
13.2. Clasificación de las parafilias.....	86
Autoevaluación 13.....	87
Unidad 14. Disforia de género .....	89
14.1. Conceptualización de disforia de género .....	89
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	89
Autoevaluación 14.....	91
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>93</b>
<b>Semana 15</b> .....	<b>93</b>
Actividades finales del bimestre .....	93
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	94
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas</b> .....	<b>94</b>
<b>Semana 16</b> .....	<b>94</b>
Actividades finales del bimestre .....	94
<b>4. Autoevaluaciones</b> .....	<b>95</b>
<b>5. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>118</b>
<b>6. Anexos</b> .....	<b>122</b>







## 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 del perfil profesional

Ejecuta procesos de evaluación por medio de la aplicación de instrumentos y técnicas psicológicas para realizar un diagnóstico eficaz, siguiendo los criterios propios de la profesión.

### 1.4 Problemática que aborda la asignatura

La asignatura de Psicopatología del Adulto aborda el estudio y análisis de los trastornos mentales en la población adulta, un ámbito esencial en el campo de la salud mental debido a la frecuencia y diversidad de estas condiciones y su

impacto significativo en el bienestar individual y social. Este enfoque permite a los estudiantes identificar y comprender la etiología, sintomatología y factores de riesgo asociados a estos trastornos, promoviendo el desarrollo de competencias diagnósticas y terapéuticas necesarias para una intervención eficaz en contextos clínicos y comunitarios.





---

## 2. Metodología de aprendizaje

---

Se llevará a cabo una metodología de aprendizaje teórico, práctico y tecnológico, a través de clases magistrales, trabajos colaborativos – autónomos y extra clases, tutorías presenciales y virtuales, experimentación en laboratorios psicológicos especializados; todo ello brinda la posibilidad al estudiante de construir un conocimiento integral permitiendo plantear soluciones reales y viables de las necesidades a nivel individual, grupal y social donde se desenvuelve el psicólogo.





### 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.

Para lograr este resultado de aprendizaje, los estudiantes comenzarán abordando una introducción a la psicopatología en adultos, seguida de un análisis detallado de los trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivos, depresivos, bipolaridad y otros trastornos relacionados. Se emplearán actividades de conceptualización, lectura de recursos teóricos, y análisis de casos clínicos, lo que permitirá a los estudiantes desarrollar una comprensión sólida y diferenciada de cada trastorno. El uso de recursos didácticos como diagramas, cuadros comparativos y mapas conceptuales facilitará el aprendizaje, destacando las características clave y los síntomas específicos de cada trastorno.

##### **Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas**

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.





### Unidad 1. Trastornos de ansiedad

#### 1.1. Conceptualización de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se distinguen por la presencia de miedo y preocupación desproporcionados que exceden lo que sería considerado una respuesta normal ante situaciones de peligro. A diferencia de la ansiedad ocasional que todos experimentamos frente a retos o riesgos reales, en estas condiciones el temor es persistente, desbordado y puede prolongarse durante largos periodos. Además, el contexto cultural juega un papel importante en la forma en que se perciben y experimentan los síntomas, ya que ciertos objetos o situaciones que provocan ansiedad pueden interpretarse de manera diferente dependiendo de las creencias y valores de cada sociedad. Estas características hacen que los trastornos de ansiedad afecten significativamente la vida diaria de quienes los padecen, interfiriendo en su bienestar emocional y en su capacidad para desenvolverse en su entorno (Hernández Pacheco, 2020; Micali y Lastra, 2024).

#### 1.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad incluyen diversas condiciones que se diferencian según las situaciones o estímulos que los desencadenan y la manera en que afectan a la persona (Hernández Pacheco, 2020; Micali y Lastra, 2024).

- **El Trastorno De Ansiedad Por Separación**, caracterizado por un miedo excesivo a la separación de figuras importantes, acompañado por pensamientos persistentes sobre posibles desgracias que podrían afectar a estas personas o a ellos mismos, impidiendo el reencuentro. Esto genera un deseo constante de permanecer cerca de sus seres queridos.
- **La Fobia Específica** se manifiesta como un miedo intenso y recurrente hacia objetos o situaciones concretas, como ciertos animales, alturas, o volar en avión. Este temor va más allá de las reacciones normales y



provoca una evitación activa del estímulo, interfiriendo en la vida diaria de la persona.

- Por su parte, el **Trastorno De Ansiedad Social** se caracteriza por un miedo intenso a ser evaluado o juzgado negativamente en situaciones sociales. Este temor desproporcionado lleva a las personas a evitar interacciones sociales, afectando sus relaciones y desempeño en actividades cotidianas.
- El **Trastorno De Pánico** implica episodios recurrentes de ataques de pánico, en los que el individuo experimenta síntomas físicos y cognitivos como palpitaciones, dificultad para respirar, sensación de ahogo y miedo a perder el control o morir. Estos ataques suelen ocurrir de forma inesperada, generando un temor constante a su recurrencia.
- En la **Agorafobia**, la persona experimenta un miedo extremo a encontrarse en situaciones o lugares de los que podría ser difícil escapar, como el transporte público, espacios abiertos o multitudes. Esto lleva a evitar estas situaciones, limitando significativamente su movilidad y participación en actividades diarias.
- El **Trastorno De Ansiedad Generalizada** se distingue por una preocupación constante y excesiva sobre diversas situaciones de la vida diaria. Esta ansiedad se acompaña de síntomas como inquietud, dificultad para concentrarse, fatiga, tensión muscular y problemas de sueño, lo que afecta el bienestar general de la persona.
- En el caso del **Trastorno De Ansiedad Inducido Por Sustancias o Medicamentos**, los síntomas de ansiedad o ataques de pánico surgen como consecuencia del consumo, abstinencia o intoxicación por sustancias como alcohol, cafeína, o drogas recreativas. Estos síntomas pueden desaparecer una vez que cesa la exposición a la sustancia.
- Finalmente, el **Trastorno De Ansiedad Debido a Otra Afección Médica** ocurre cuando los síntomas de ansiedad son el resultado directo de una condición médica subyacente, como enfermedades cardiovasculares o neurológicas, y afectan el funcionamiento diario del individuo. Estos trastornos requieren un enfoque específico para tratar tanto la afección médica como los síntomas de ansiedad.



Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



### **Autoevaluación 1**

- 1. Los trastornos de ansiedad son respuestas emocionales normales frente a situaciones de peligro.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 2. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la preocupación excesiva y constante sobre múltiples situaciones cotidianas.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 3. Los síntomas de los trastornos de ansiedad no están influenciados por el contexto cultural de la persona.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 4. La fobia específica implica evitar activamente los estímulos que generan miedo, como animales o situaciones concretas.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 5. El trastorno de ansiedad social está relacionado con el miedo a ser evaluado negativamente en situaciones sociales.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.



6. **Los ataques de pánico en el trastorno de pánico ocurren siempre en situaciones específicas y previsibles.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
7. **En la agorafobia, el miedo a espacios abiertos y multitudes puede limitar significativamente las actividades diarias de la persona.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
8. **El trastorno de ansiedad inducido por sustancias desaparece siempre inmediatamente después de cesar la exposición a la sustancia.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
9. **El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debe al impacto emocional de vivir con una enfermedad crónica.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
10. **Las características comunes de los trastornos de ansiedad incluyen miedo persistente y preocupación desbordada que**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.

[Ir al solucionario](#)





## Unidad 2. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

### 2.1. 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 son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y repetitivos que generan ansiedad y malestar significativos (APA, 2014; Villegas, 2024). Estos pensamientos suelen ser difíciles de manejar y permanecen en la mente del individuo, provocando una necesidad urgente de neutralizarlos o reducir su impacto. Por otro lado, las compulsiones son acciones o rituales mentales repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o siguiendo reglas muy estrictas. Estas conductas buscan aliviar temporalmente la ansiedad provocada por las obsesiones, aunque tienden a ser de corta duración y a interferir de manera importante en la vida diaria (Hernández Pacheco, 2023; Mancini, 2021).

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



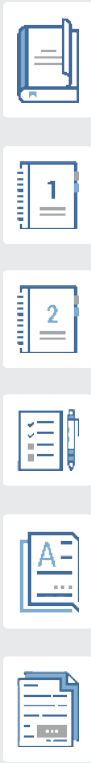
**Tabla 1**  
**Ejemplos de obsesión y compulsión**

OBSESIÓN	COMPULSIÓN
Contaminación: miedo a los gérmenes.	Lavarse las manos constantemente. Analice con detenimiento el artículo <a href="#">"Lavaba sus manos hasta que le sangraban"</a> , el cual trata 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. Lea con atención el artículo <a href="#">"Tenía que ir al baño 4 veces o mi hermana moriría: así es la vida de una joven con TOC"</a> relacionado con 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. Revise a detalle el artículo <a href="#">La historia del reconocido 'DJ' que sufre de un trastorno obsesivo compulsivo severo</a> ", relacionado con este caso.

*Nota.* Adaptado de *Psicopatología del adulto: Guía didáctica*, por Macas, E. F., 2020, Ediloja.

## 2.2. Clasificación del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

Los trastornos obsesivo-compulsivos y sus variantes incluyen diversas condiciones caracterizadas por pensamientos persistentes e intrusivos, así como comportamientos repetitivos que interfieren de manera significativa en la vida diaria de quienes los experimentan. Estas condiciones pueden presentarse de distintas formas, como una preocupación desmedida por la apariencia física, la necesidad incontrolable de arrancarse el cabello o rascarse la piel, la acumulación compulsiva de objetos, o síntomas obsesivo-compulsivos asociados al uso de sustancias, medicamentos o problemas de salud subyacentes. Aunque cada trastorno tiene particularidades propias, todos generan un impacto considerable en las emociones, relaciones sociales



y salud física de las personas, haciendo indispensable un enfoque integral en su tratamiento (APA, 2024; Camacho Laraña, 2022; Sarráis, 2016; Villegas, 2024).

- **El Trastorno Dismórfico Corporal** se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente sobre defectos percibidos en la apariencia física que generalmente no son visibles para los demás o son insignificantes. Las personas con TDC pueden pasar largas horas mirándose en el espejo, buscar constantemente la aprobación de otros o evitar situaciones sociales por temor a ser juzgados. Esta preocupación afecta su autoestima y puede llevar a la persona a conductas evitativas o repetitivas que interfieren en su vida diaria y en sus relaciones.
- **La Tricotilomanía**, o trastorno de arrancarse el pelo, se caracteriza por el impulso recurrente de arrancarse el cabello, lo que provoca pérdida de cabello y puede llevar a la calvicie parcial. Este comportamiento se realiza generalmente en respuesta a la ansiedad o como una forma de aliviar el malestar emocional. Las personas con tricotilomanía suelen sentirse avergonzadas o culpables por su conducta, lo que puede llevarlas a evitar actividades sociales o a utilizar métodos para ocultar la pérdida de cabello, como sombreros o pelucas.
- **El Trastorno de Excoriación**, o trastorno de rascarse la piel, implica el impulso de rascarse, frotarse o pellizcarse la piel de manera recurrente, lo cual puede llevar a lesiones, cicatrices e incluso infecciones. Esta conducta suele estar relacionada con el alivio de la ansiedad y se realiza de forma repetitiva, afectando el bienestar físico y emocional de la persona. Las consecuencias físicas y la interferencia en su vida diaria a menudo llevan a la persona a experimentar sentimientos de vergüenza y culpa.
- En el **Trastorno de Acumulación**, la persona presenta una dificultad persistente para deshacerse de objetos, independientemente de su valor real. Esta acumulación lleva a la congestión en el hogar o en otros espacios, creando ambientes desordenados que afectan la calidad de vida y la funcionalidad de la persona. La idea de deshacerse de sus posesiones provoca una ansiedad considerable, y el trastorno puede llevar a





condiciones de vida poco higiénicas o peligrosas, con un impacto negativo en el bienestar general.

- El **TOC y Trastornos Relacionados Inducidos por Sustancias o Medicación** se refiere a aquellos casos en los que las obsesiones o compulsiones son causadas por el uso de una sustancia o medicamento. Estos síntomas pueden aparecer durante el consumo de la sustancia, con el uso prolongado o durante el periodo de abstinencia. En la mayoría de los casos, los síntomas disminuyen al interrumpir el consumo de la sustancia o medicamento, aunque pueden persistir durante un tiempo.
- El **TOC y Trastornos Relacionados Debido a Otra Condición Médica** ocurre cuando las obsesiones o compulsiones son consecuencia de una condición médica subyacente. En estos casos, el tratamiento de la condición médica puede mejorar o eliminar los síntomas obsesivo-compulsivos, ya que están directamente relacionados con el estado de salud del individuo. La identificación de la causa subyacente es fundamental para un tratamiento adecuado y efectivo.

La siguiente infografía contiene la clasificación del Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados:

### [TOC y trastornos relacionados](#)

Es momento de aplicar su conocimiento a través de las actividades que se han planteado a continuación:



### Actividades de aprendizaje recomendadas

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

**Tabla 2**

*Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo (F42)*

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

*Nota.* Adaptado de *de Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (pp. 145-146), por American Psychiatric Association, 2014, Editorial médica Panamericana.

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

1. Revise el DSM 5 sobre la temática “Trastornos obsesivos- compulsivo y trastornos relacionados”.
2. Preste especial atención al Trastorno obsesivo-compulsivo y sus criterios diagnósticos.
3. Complete la tabla 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.

*Nota:* por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.



**Actividad 2:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

### [Estudio de Caso 1: Trastorno obsesivo-compulsivo](#)

**Actividad 3:** De acuerdo con la información analizada, responda las siguientes preguntas. Recuerde, estimado/a estudiante, que las autoevaluaciones no son calificadas; sin embargo, son importantes para reforzar sus conocimientos.

Para llevar a cabo esta autoevaluación es fundamental revisar la guía didáctica.



### [Autoevaluación 2](#)

**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.



**5. Las preocupaciones por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico hacen referencia al:**

- a. Trastorno de acumulación.
- b. Trastorno de excoriación.
- c. Trastorno dismórfico corporal.

**6. En algún momento, durante el curso del trastorno dismórfico corporal, el sujeto ha realizado actos mentales como, por ejemplo:**

- a. Mirarse en el espejo.
- b. Rascarse la piel.
- c. Comparar su aspecto físico con el de otros.

**7. La tricotilomanía se caracteriza por:**

- a. Arrancarse el pelo.
- b. Dañarse la piel.
- c. La preocupación por el físico.

**8. La acumulación se puede atribuir a otra afección médica como la lesión cerebral o enfermedades cardiovasculares.**

- a. Verdadero.
- b. Falso.

**9. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.**

- a. Verdadero.
- b. Falso.

**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.





## Unidad 3. Trastornos depresivos

### 3.1. Conceptualización de los trastornos depresivos

Los trastornos depresivos incluyen diversas condiciones psicológicas que tienen en común una alteración importante del estado de ánimo. Se caracterizan por una sensación constante de tristeza, la pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban, y una repercusión notable en la vida personal, social o laboral de quienes los padecen (Rozo Sánchez, 2023).

Estos trastornos pueden manifestarse también en cambios en el apetito, patrones de sueño, niveles de energía y concentración, así como pensamientos recurrentes de inutilidad o culpa que afectan profundamente la estabilidad emocional. Aunque cada tipo de trastorno depresivo tiene características específicas, todos tienen en común un impacto significativo en la salud emocional y física, lo que subraya la importancia de abordarlos de manera integral para un diagnóstico y tratamiento efectivos (Rojas, 2023).

### 3.2. Clasificación de los trastornos depresivos

Los trastornos depresivos comprenden una serie de condiciones que impactan profundamente la vida de los adultos al afectar su estado de ánimo, funcionamiento diario y relaciones interpersonales (Rojas, 2023; Rozo Sánchez, 2023).

- **El Trastorno De Desregulación Disruptiva Del Estado De Ánimo**, caracterizado por irritabilidad persistente y explosiones de enojo desproporcionadas ante situaciones de frustración. Este patrón de





comportamiento puede interferir significativamente en la vida social y laboral de los adultos.

- El **Trastorno De Depresión Mayor** es otra de las condiciones más conocidas, marcada por un estado de ánimo deprimido constante, pérdida de interés en actividades previamente placenteras, fatiga, dificultad para dormir y, en algunos casos, pensamientos suicidas. Estos síntomas suelen presentarse durante al menos dos semanas y afectan la capacidad de las personas para desenvolverse en sus actividades diarias.
- Por su parte, el **Trastorno Depresivo Persistente**, o distimia, se caracteriza por un ánimo bajo que persiste durante dos años o más. Aunque los síntomas son menos severos que en la depresión mayor, su duración prolongada puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional y funcional de los adultos, limitando su capacidad de disfrutar plenamente de la vida.
- El **trastorno disfórico premenstrual** afecta a las mujeres adultas en los días previos a la menstruación, causando irritabilidad, ansiedad y alteraciones del sueño o apetito que interfieren en su calidad de vida. Aunque estos síntomas suelen desaparecer con el inicio del ciclo menstrual, pueden ocasionar dificultades importantes en las relaciones y actividades diarias mientras están presentes.
- Cuando los síntomas depresivos están asociados al consumo o la retirada de sustancias, hablamos del **Trastorno Depresivo Inducido Por Sustancias o Medicamentos**. Este tipo de depresión puede surgir tras el abuso de drogas o el uso prolongado de ciertos medicamentos, manifestándose con fatiga, desmotivación y un estado emocional bajo.
- Finalmente, el **Trastorno Depresivo Debido A Otra Afección Médica** ocurre cuando la depresión está vinculada a enfermedades físicas subyacentes, como problemas endocrinos o neurológicos. En estos casos, los síntomas emocionales suelen mejorar al tratar la afección médica primaria, pero, mientras están presentes, impactan negativamente la funcionalidad del individuo.

Para enriquecer su conocimiento, realice la actividad que se presenta a continuación.





### Autoevaluación 3

1. **Los trastornos depresivos se caracterizan únicamente por sentimientos de tristeza ocasionales.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
2. **El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo incluye irritabilidad persistente y explosiones de enojo desproporcionadas.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
3. **El trastorno de depresión mayor requiere que los síntomas persistan durante al menos un mes para su diagnóstico.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
4. **La distimia, o trastorno depresivo persistente, es menos severa que la depresión mayor, pero debe durar al menos dos años para su diagnóstico.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
5. **El trastorno disfórico premenstrual afecta a hombres y mujeres por igual.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
6. **El trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos puede surgir por el abuso de drogas o uso prolongado de ciertos medicamentos.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.



7. **El trastorno depresivo debido a otra afección médica mejora únicamente con tratamiento psicológico.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
8. **Los cambios en el apetito y el sueño son síntomas comunes de los trastornos depresivos.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
9. **La depresión mayor solo afecta a las relaciones interpersonales, no al funcionamiento laboral.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
10. **Todos los trastornos depresivos comparten un impacto significativo en la salud emocional y física de los afectados.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.

[Ir al solucionario](#)

## Unidad 4. Trastornos bipolares y trastornos relacionados

### 4.1. Conceptualización de bipolaridad

La bipolaridad, también llamada depresión maníaca, se caracteriza por la presencia de episodios serios de la manía y la depresión (APA, 2014; Álvarez, 2017).

Durante un episodio maníaco, la persona presenta un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (Rozo Sánchez, 2023). A **nivel cognitivo**, aparecen síntomas como grandiosidad, pensamientos acelerados, dificultad



para concentrarse y toma de decisiones impulsiva o inadecuada. **Conductualmente**, estas personas pueden mostrar desinhibición, involucrándose en actividades impulsivas, como conductas sexuales de riesgo o lenguaje ofensivo. A **nivel fisiológico**, suelen experimentar una disminución en la necesidad de sueño, acompañada de altos niveles de energía y excitación.

Existen dos niveles de intensidad maníaca: **hipomanía y manía**.

- **La hipomanía:** es una forma más leve, en la que el individuo manifiesta un estado de ánimo elevado y comportamiento hiperactivo, aunque generalmente sin presentar delirios. En sus interacciones, suelen dominar las conversaciones y emprender numerosos proyectos, aunque finalizan pocos o ninguno.
- **La manía:** es más intensa, el individuo puede presentar hiperactividad extrema e irritabilidad, acompañado de un discurso incoherente y una baja tolerancia a la crítica. En los casos más graves, el individuo puede experimentar alucinaciones y delirios, con un nivel de excitación tan alto que se vuelve agitado y difícil de controlar, lo cual puede representar un peligro tanto para él mismo como para los demás (APA, 2014; Rozo Sánchez, 2023).

## 4.2. Clasificación de los trastornos bipolares

Los trastornos bipolares incluyen una serie de condiciones marcadas por cambios extremos en el estado de ánimo que pueden afectar profundamente la vida de quienes los experimentan. Estas variaciones pueden ir desde períodos de energía y euforia intensa hasta fases de tristeza profunda y agotamiento emocional, dependiendo del tipo de trastorno (APA, 2024; París, 2021).

- **Trastorno bipolar I:** se requiere al menos un episodio maníaco, caracterizado por una euforia extrema o irritabilidad intensa, acompañada de altos niveles de energía que pueden llevar a comportamientos impulsivos y riesgosos. Estos episodios maníacos son lo suficientemente



graves como para causar un deterioro significativo en la vida del individuo, a nivel social, laboral o personal.

- **Trastorno bipolar II:** el individuo experimenta al menos un episodio hipomaniaco junto con uno o más episodios de depresión mayor, ya sean actuales o pasados. La hipomanía en este trastorno es menos intensa que la manía completa; aunque puede implicar un estado elevado de ánimo y energía, no suele causar el deterioro marcado que se observa en el trastorno bipolar I. Sin embargo, la combinación de hipomanía y depresión mayor puede tener un gran impacto en la calidad de vida de la persona, afectando su funcionalidad en diversas áreas.
- **Trastorno ciclotímico:** se caracteriza por una alternancia de síntomas hipomaniacos y episodios de ánimo deprimido, sin llegar a cumplir los criterios completos para hipomanía o depresión mayor. Estos síntomas persisten por al menos dos años en adultos, aunque no alcanzan la intensidad de un episodio maniaco o depresivo mayor, y suelen generar malestar y problemas en la vida cotidiana.



Además de estas categorías principales, se incluyen los **trastornos bipolares y relacionados inducidos por sustancias o medicamentos** y aquellos **debidos a otras afecciones médicas**. En estos casos, los síntomas de manía, hipomanía o depresión surgen como resultado de la influencia de sustancias, medicamentos u otras condiciones de salud.

También existen otras variantes específicas de trastornos bipolares, como los episodios hipomaniacos de corta duración (de 2 a 3 días) acompañados de episodios de depresión mayor, hipomanía con síntomas insuficientes y episodios de depresión mayor, y ciclotimia de corta duración (menos de 24 meses). Finalmente, se incluyen las formas no específicas de los trastornos bipolares, que se refieren a casos donde los síntomas causan malestar significativo o afectan la vida del individuo, pero no cumplen con todos los criterios de los trastornos previamente mencionados.



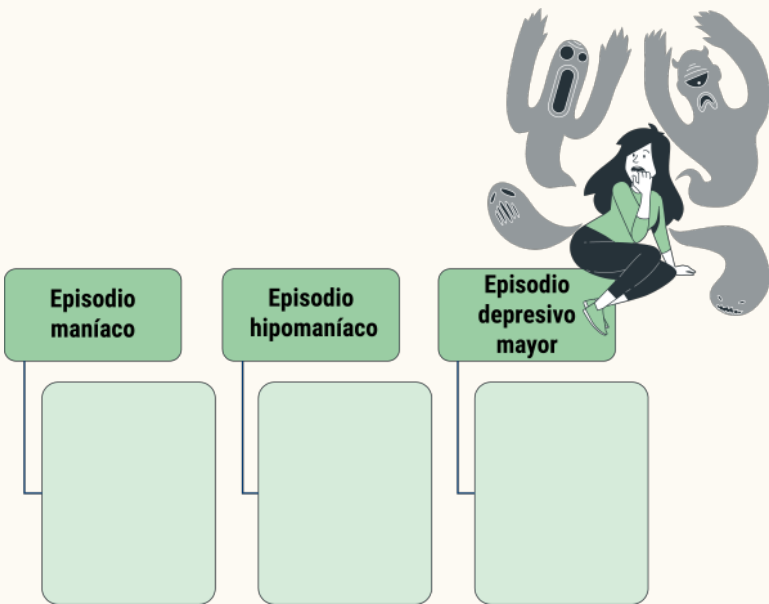
Es útil recordar que el trastorno bipolar I suele presentar síntomas más intensos debido a la presencia de manía, mientras que el trastorno bipolar II está marcado por hipomanía y depresión. La característica principal de estos trastornos es la fluctuación extrema en el estado de ánimo, donde la persona pasa de un estado de euforia y energía a un estado depresivo. A diferencia de las variaciones normales del estado de ánimo, estos cambios son lo suficientemente severos como para interferir con la vida diaria del individuo.



### Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

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



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

1. Revise el DSM 5 sobre la temática titulada: “Trastornos Bipolares y trastornos relacionados”.
2. Preste especial atención a los episodios maníacos, 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 el episodio hipomaniaco pueden sonar de manera similar, tienen sutiles diferencias).
4. Complete con sus propias palabras el mapa conceptual descrito previamente y que trata sobre los episodios manifestados.
5. Comparta la figura que acaba de elaborar con su docente mediante un mensaje en la plataforma a través del espacio de tutorías y consultas.

*Nota:* por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

**Actividad 2:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

### [Estudio de Caso 2: Trastornos Bipolares y trastornos relacionados](#)

**Actividad 3:** Con base en la información analizada, responda las siguientes preguntas. Para realizar esta autoevaluación, es esencial revisar la guía y los recursos complementarios recomendados.

Recuerde, estimado estudiante, que las autoevaluaciones no son calificadas; sin embargo, son importantes para reforzar sus conocimientos.



### [Autoevaluación 4](#)

1. **¿Cuáles son los niveles de intensidad maníaca?**

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.

**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. Hipomaníacos.
- 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.

**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](#)





## **Unidad 5. Trastornos disociativos**

### **5.1. Conceptualización de los trastornos disociativos**

Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción o pérdida de la integración normal de funciones psicológicas esenciales, como la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción y el comportamiento. En estos trastornos, las personas pueden experimentar una desconexión en su sentido de identidad o tener dificultades para acceder a recuerdos y emociones que generalmente estarían disponibles y bajo control consciente (APA, 2014; Hernández Pacheco, 2022).

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 (Salvador y Bourquin, 2022).

### **5.2. Clasificación de los trastornos disociativos**

Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción en la conexión entre la identidad, la memoria y la percepción de la realidad. Estas alteraciones pueden manifestarse de diversas formas, como la coexistencia de diferentes estados de personalidad, episodios de pérdida de memoria relacionados con la propia historia personal, o sensaciones de desconexión tanto con uno mismo como con el entorno. Frecuentemente, estas experiencias están



vinculadas a eventos traumáticos que desencadenan cambios en la conciencia. Aunque los síntomas varían según el tipo de trastorno, todos tienen en común un impacto profundo en la vida diaria de quienes los padecen, dificultando tanto su funcionalidad como sus relaciones interpersonales (APA, 2014; Hernández Pacheco, 2022; Salvador y Bourquin, 2022).

- **Trastorno de Identidad Disociativa:** se caracteriza por la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o experiencias de “posesión”. Las personas con TID suelen experimentar episodios de amnesia, en los cuales pierden el recuerdo de información personal relevante. La fragmentación de la identidad puede variar según el contexto cultural y las circunstancias del individuo, y no siempre es evidente para los demás, ya que muchas personas intentan ocultar sus síntomas o sus discontinuidades en la memoria.
- **Amnesia Disociativa:** implica una incapacidad para recordar información autobiográfica importante que va más allá del olvido común. Esta amnesia puede manifestarse de diferentes formas. En la amnesia localizada, la persona es incapaz de recordar eventos de un periodo específico, generalmente asociado a un trauma, mientras que, en la amnesia selectiva, recuerda solo fragmentos de un evento traumático. La amnesia generalizada es menos frecuente y se refiere a la pérdida de la memoria de toda la vida del individuo. La amnesia sistematizada involucra el olvido de una categoría particular de información, como personas o lugares, mientras que, en la amnesia continua, la persona no puede recordar eventos desde un momento específico hasta el presente. Las personas con amnesia disociativa a menudo no son conscientes de sus dificultades de memoria y, cuando se enfrentan a estos olvidos, tienden a restarle importancia o a sentirse incómodas.
- **Trastorno de Despersonalización/Desrealización:** se caracteriza por episodios de despersonalización, en los cuales la persona se siente distanciada o desconectada de sí misma, como si su propio cuerpo o pensamientos le resultaran ajenos. También puede experimentar desrealización, una sensación de desconexión con el entorno, percibiendo el mundo como irreal o distante. A pesar de estas experiencias, el individuo



mantiene el juicio de realidad intacto y es consciente de que estas sensaciones no son “reales”, aunque pueden resultar perturbadoras.

Finalmente, en la categoría de **Otros Trastornos Disociativos Específicos** se incluyen condiciones que presentan características disociativas únicas. Estos trastornos abarcan desde síndromes crónicos y recurrentes con síntomas mixtos, hasta alteraciones de la identidad debido a persuasión coercitiva prolongada e intensa, así como reacciones disociativas agudas tras eventos traumáticos. También se incluye el trance disociativo, en el cual la persona experimenta un estado alterado de conciencia, perdiendo la percepción del tiempo y el entorno.



Estos trastornos reflejan distintas formas de desconexión en la integración de la conciencia y la identidad, que pueden afectar significativamente la vida diaria del individuo.

Es momento de aplicar su conocimiento a través de las actividades que se han planteado a continuación.



### Actividades de aprendizaje recomendadas

**Actividad 1:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

[Estudio de Caso 3: Trastornos Disociativos](#)

**Actividad 2:** Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.





## **Autoevaluación 5**

- 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.
  
- 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.

**9. La amnesia continua es:**

- a. Cuando a 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](#)





## Unidad 6. Trastornos somáticos y trastornos relacionados

### 6.1. Conceptualización de los trastornos somáticos y trastornos relacionados

Los trastornos somáticos y relacionados se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que causan un malestar significativo y afectan la vida cotidiana del individuo, aunque muchas veces estos síntomas no tienen una causa médica clara. En estos trastornos, la persona experimenta diversos síntomas somáticos que pueden ser específicos, como el dolor en una zona particular del cuerpo, o inespecíficos, como la fatiga. La presencia de estos síntomas genera un nivel de sufrimiento real, independientemente de si existe una explicación médica para ellos (APA, 2014; Lee e Irwin, 2020; Sarráis Oteo, 2016).



Una característica importante de estos trastornos es que la duración de los síntomas suele extenderse por más de seis meses, causando un impacto significativo en el bienestar emocional y en el funcionamiento diario del individuo. A nivel cognitivo, las personas tienden a enfocarse excesivamente en sus síntomas, interpretando sensaciones normales como señales de una enfermedad grave. Esta interpretación genera una preocupación constante por la salud y un temor de que cualquier actividad física pueda empeorar su estado.

Además de la preocupación cognitiva, el comportamiento del individuo suele estar marcado por acciones repetitivas, como revisar su cuerpo en busca de signos de enfermedad, buscar atención médica de manera frecuente y evitar actividades físicas que creen puedan agravar sus síntomas. Estas conductas de verificación y búsqueda de seguridad alimentan el ciclo de ansiedad, reforzando la creencia de que algo anda mal con su salud. En estos trastornos,



el problema no es solo la presencia de síntomas físicos, sino la manera en que el individuo los interpreta y reacciona emocionalmente ante ellos, lo que contribuye al malestar persistente y al deterioro de su calidad de vida.

## 6.2. Clasificación de los trastornos somáticos y trastornos relacionados

Las condiciones relacionadas con los trastornos somáticos reflejan una interacción compleja entre la mente y el cuerpo, en la que las preocupaciones sobre la salud y los síntomas físicos impactan significativamente la vida de quienes los padecen. Desde la ansiedad constante por creer tener una enfermedad grave, hasta la aparición de síntomas neurológicos o físicos sin una causa médica aparente, estos trastornos evidencian cómo el malestar emocional puede manifestarse a través del cuerpo. En algunos casos, incluso, el deseo de atención o cuidado médico lleva a la simulación o inducción de síntomas. Aunque las manifestaciones son variadas, todas comparten un elemento común: un profundo impacto en el bienestar emocional, físico y social del individuo, destacando la necesidad de un enfoque integral en su manejo y tratamiento (APA, 2014; Sarráis Oteo, 2016).

- **Trastorno de Ansiedad por Enfermedad:** se caracteriza por una preocupación persistente por tener o desarrollar una enfermedad grave, aunque los síntomas somáticos estén ausentes o sean leves. Las personas con este trastorno experimentan una ansiedad intensa y constante sobre su salud, se alarman fácilmente al escuchar sobre enfermedades, y se sienten profundamente angustiadas ante cualquier indicio de malestar físico o noticias de enfermedades. A menudo acuden a centros médicos en busca de confirmación, y suelen sentirse insatisfechas con la atención recibida, ya que perciben que los médicos no comprenden la seriedad de sus preocupaciones.
- **Trastorno de Conversión:** también conocido como trastorno de síntomas neurológicos funcionales, presenta una variedad de síntomas motores y sensoriales que no se explican por una condición neurológica. Los síntomas motores pueden incluir debilidad o parálisis, movimientos anormales, alteraciones en la marcha y posturas extrañas de los miembros.







En cuanto a los síntomas sensoriales, pueden manifestarse como pérdida de sensibilidad en la piel, problemas de visión o audición, o incluso dificultad para hablar, lo cual puede traducirse en una voz débil o nula (disfonía/afonía) o en dificultades para articular palabras (disartria). Estos síntomas no tienen una base médica clara y suelen estar asociados a conflictos emocionales.

- **Trastorno Facticio:** se caracteriza por la simulación de síntomas físicos o psicológicos, ya sea en uno mismo o en otros, con el propósito de recibir atención médica. Las personas con este trastorno pueden inducir lesiones o enfermedades a sí mismos o a otros, y suelen buscar atención médica repetidamente. El engaño no está motivado por beneficios externos, sino por una necesidad interna de asumir el rol de paciente o cuidador, y este comportamiento puede causar gran daño físico o emocional.

Además de estos trastornos, existen **otros trastornos específicos de síntomas somáticos y relacionados**. Algunos de estos incluyen el trastorno de síntomas somáticos breves o la ansiedad por enfermedad breve, donde los síntomas o la preocupación por la salud son temporales. Otros incluyen el trastorno de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos o los trastornos relacionados no especificados, que causan malestar significativo o dificultan el funcionamiento social o laboral, aunque no cumplen completamente con los criterios de los trastornos mencionados.



## Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

**Actividad 1:** Complete la tabla que se propone sobre el trastorno de síntomas somáticos con base en el 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.	

*Nota:* Adaptado de *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (p. 181-182), por American Psychiatric Association, 2014, Editorial médica Panamericana.

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

1. Revise el DSM 5 sobre la temática titulada: “Trastornos somáticos y trastornos relacionados”.
2. Ponga especial atención al “trastorno de síntomas somáticos”.
3. Complete la tabla 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:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

[Estudio de Caso 4: Trastornos de síntomas somáticos](#)

**Actividad 3:** Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.





## **Autoevaluación 6**

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.
5. **Uno de los síntomas motores que presentan 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](#)





## Unidad 7. Trastornos de la personalidad

### 7.1. Conceptualización de los trastornos de personalidad de los grupos A y B

Los Trastornos de Personalidad se caracterizan por patrones de comportamiento y rasgos permanentes que se desvían notablemente de las expectativas culturales, presentándose de forma generalizada y poco flexible. Estos patrones se estabilizan con el tiempo y tienden a manifestarse desde la adolescencia o la adultez temprana, ocasionando malestar o deterioro significativo en la vida del individuo (APA, 2014; Fox, 2021).

La clasificación de estos trastornos se organiza en tres grupos según sus características descriptivas.

- **Grupo A:** incluye los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico, caracterizados por comportamientos extraños o excéntricos.
- **Grupo B:** agrupa los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista, los cuales se asocian con comportamientos dramáticos, emocionales o erráticos.
- **Grupo C:** comprende los trastornos de personalidad evitativos, dependientes y obsesivo-compulsivos, caracterizados por comportamientos ansiosos o temerosos y con menor correlación con otros trastornos de Personalidad (APA, 2014; Garrido Genovés, 2022; Normandin et al., 2022).



## 7.2. Clasificación de los trastornos de personalidad de los grupos A y B

El Grupo A de los trastornos de personalidad se caracteriza por patrones de pensamiento y comportamiento que afectan la percepción del individuo hacia los demás, manifestando actitudes de desconfianza, desapego o excentricidad (APA, 2014; Garrido Genovés, 2022; Normandin et al., 2022).

- **Trastorno de la personalidad paranoide:** se caracteriza por una desconfianza constante y una visión suspicaz hacia los demás, interpretando sus intenciones como malintencionadas. Este patrón de percepción y comportamiento aparece generalmente en la adultez y se manifiesta en diferentes contextos de la vida cotidiana, afectando la forma en que el individuo interactúa con su entorno.
- **Trastorno de la personalidad esquizoide:** predomina un patrón de desapego o distanciamiento en las relaciones sociales junto con una limitada expresión de emociones. Las personas con este trastorno suelen evitar el contacto cercano y prefieren actividades en solitario, manteniéndose emocionalmente reservadas o indiferentes.
- **Trastorno de personalidad esquizotípica:** se distingue por un marcado malestar en relaciones íntimas, acompañado de distorsiones en la percepción y el pensamiento, así como un comportamiento excéntrico. Estos individuos pueden experimentar ideas inusuales, tener creencias extrañas y expresar su personalidad de una forma peculiar, lo cual interfiere en sus relaciones y en su adaptación social.

Los trastornos de personalidad en el Grupo B se distinguen por conductas intensamente dramáticas, emocionales o erráticas, lo que afecta significativamente las relaciones y el entorno social de los individuos.

- **Trastorno de personalidad antisocial:** se caracteriza por una marcada indiferencia y violación de los derechos de los demás, lo que incluye conductas impulsivas, engañosas y, en ocasiones, delictivas (APA, 2014; Garrido Genovés, 2022; Normandin et al., 2022).
- **Trastorno de la personalidad límite:** la inestabilidad en las relaciones interpersonales y la autoimagen es predominante, acompañada de cambios





emocionales abruptos y una notable impulsividad que puede llevar a conductas autolesivas o riesgosas.

- **Trastorno de la personalidad histriónica:** se manifiesta a través de una emotividad excesiva y una constante búsqueda de atención. Las personas con este trastorno tienden a sentirse incómodas si no son el centro de atención, exhibiendo dramatización y exageración en sus interacciones.
- **Trastorno de la personalidad narcisista:** el individuo muestra una fuerte grandiosidad, requiere admiración constante y carece de empatía hacia los demás, lo que lo lleva a centrarse excesivamente en sí mismo y a valorar poco los sentimientos de quienes le rodean.



### Actividad de aprendizaje recomendada

Reforcemos el aprendizaje resolviendo la siguiente actividad.

**Actividad 1:** Complete la tabla que se muestra a continuación sobre el trastorno general de personalidad con base en el 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.	

*Nota.* Adaptado de *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (p. 359), por American Psychiatric Association, 2014, Editorial médica Panamericana.

### **Procedimiento:**

1. Estimado estudiante, para cumplir con esta actividad, revise el DSM 5 sobre 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 con base en 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.





Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

## Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



### Semana 6

## Unidad 7. Trastornos de la personalidad

### 7.3. Conceptualización de los trastornos de la personalidad de los grupos C

Los trastornos de personalidad del Grupo C se caracterizan por patrones de comportamiento ansiosos o temerosos, que afectan las relaciones interpersonales y la adaptación social de los individuos (APA, 2014; Garrido Genovés, 2022; Normandin et al., 2022).

### 7.4. Clasificación de los trastornos de personalidad del grupo C

- **Trastorno de la personalidad evitativa:** se manifiesta en una marcada inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la crítica o evaluación negativa, lo cual limita significativamente sus relaciones personales y oportunidades sociales.
- **Trastorno de la personalidad dependiente:** se observa una dependencia excesiva hacia los demás, con una conducta sumisa y una necesidad constante de apoyo y cuidado, lo que lleva a una dificultad para tomar decisiones de forma autónoma.
- **Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo:** se caracteriza por una constante preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control sobre uno mismo y los demás, lo que interfiere en su flexibilidad y en sus relaciones personales debido a su rigidez en la forma de actuar.



Además, en esta categoría se incluye:

- **Trastorno de la personalidad debido a otra afección médica:** en el cual los cambios en la personalidad son consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una afección médica.
- **Trastorno de la personalidad específico y no especificado:** se agrupan casos que presentan rasgos de varios trastornos de personalidad, sin cumplir todos los criterios para un trastorno específico, o aquellos que presentan un trastorno de personalidad que no se encuentra en la clasificación tradicional, pero que afecta significativamente la funcionalidad del individuo.



### Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

**Actividad 1:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

[Estudio de Caso 5: Trastorno narcisista de personalidad](#)

**Actividad 2:** Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



### [Autoevaluación 7](#)

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 caracteriza 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.

**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 hace 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](#)

**Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas**



## **Semana 7**

### **Unidad 8. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés**

#### **8.1. Conceptualización de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés**

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés surgen como una respuesta a eventos que superan la capacidad de afrontamiento de una persona, como accidentes graves, abuso, desastres naturales, conflictos bélicos o pérdidas significativas. Estos eventos desencadenan reacciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas que pueden alterar profundamente el bienestar y la funcionalidad de quien los experimenta.



Aunque la intensidad y duración de los síntomas varían entre las personas, es común observar manifestaciones como irritabilidad, sentimientos de enfado, conductas hostiles, estados de ánimo disfóricos y, en algunos casos, episodios disociativos. Estas respuestas no solo afectan la esfera emocional, sino también las relaciones interpersonales, el rendimiento laboral y la calidad de vida en general (Bourquin et al., 2018; Vidal Quintero, 2022; Williams y González, 2015).

## 8.2. Clasificación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés incluyen diversas condiciones que tienen como origen la exposición a eventos traumáticos o situaciones de estrés extremo (APA, 2014; Bourquin et al., 2018; Vidal Quintero, 2022; Williams y González, 2015).

- **Trastorno De Apego Reactivo:** caracterizado por la dificultad del individuo, generalmente un niño, para formar vínculos afectivos saludables con sus cuidadores. Esto se debe a una experiencia temprana de negligencia o falta de cuidados, lo que limita su capacidad de buscar consuelo, protección o apoyo emocional.
- **Trastorno De Relación Social Desinhibida:** también tiene sus raíces en el cuidado insuficiente durante la infancia. Este trastorno se manifiesta como un comportamiento excesivamente amigable y familiar hacia extraños, sin tomar en cuenta normas culturales o contextuales. Este patrón, aunque parezca inofensivo, refleja un desequilibrio en el desarrollo emocional del niño.
- **Trastorno De Estrés Postraumático (TEPT):** afecta a personas que han vivido eventos traumáticos severos como guerras, abusos o desastres naturales. Se manifiesta a través de recuerdos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con el trauma, alteraciones emocionales negativas y un estado de hiperalerta. Estos síntomas pueden aparecer meses o incluso años después del evento traumático, y su severidad varía según factores como la resiliencia individual o la frecuencia de exposición a situaciones traumáticas.



- **Trastorno De Estrés Agudo:** comparte características similares con el TEPT, como la aparición de síntomas intrusivos, evitativos y de alerta. Sin embargo, este trastorno se desarrolla inmediatamente después del evento traumático y tiene una duración limitada a un máximo de un mes. Si los síntomas persisten más allá de este período, es posible que evolucionen hacia un diagnóstico de TEPT.
- **Trastornos De Adaptación:** surgen como una respuesta emocional o conductual ante un factor estresante identificable, como un cambio significativo en la vida o una pérdida importante. Los síntomas, que pueden incluir tristeza, ansiedad o alteraciones en la conducta, aparecen dentro de los tres meses posteriores al evento y suelen desaparecer en un plazo de seis meses una vez que la situación estresante se resuelve.

Apreciado estudiante, durante estas semanas hemos explorado cómo ciertos trastornos pueden generar pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos (trastorno obsesivo-compulsivo); como estados aparentemente opuestos, como la depresión y la manía, pueden coexistir en una misma condición (trastorno bipolar); cómo pueden ocurrir alteraciones en la integración de la conciencia, la memoria, la identidad, las emociones, la percepción, el sentido de identidad corporal o el control motor (trastornos disociativos); cómo la preocupación excesiva por síntomas físicos puede provocar un malestar significativo y afectar la vida diaria (trastorno de síntomas somáticos), y, finalmente, que existen trastornos que afectan la personalidad, caracterizados por patrones rígidos y poco adaptativos de pensamiento y comportamiento (trastornos de personalidad).



Es fundamental que dedique estas últimas semanas a revisar cuidadosamente la información estudiada a lo largo del bimestre en preparación para la evaluación presencial.



### Actividades de aprendizaje recomendadas

Es momento de aplicar su conocimiento a través de las actividades que se han planteado a continuación:



**Actividad 1:** Estimado estudiante, aproveche esta última semana para consolidar su comprensión de los contenidos revisados durante el bimestre. Le animamos a revisar la guía didáctica y a mantenerse en contacto con su docente, quien está disponible para apoyarle en su aprendizaje. También le recomendamos repasar los recursos adicionales y el material complementario disponible en la plataforma como preparación para la evaluación presencial.

**Actividad 2:** Para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



### Autoevaluación 8

1. **Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés solo afectan a la esfera emocional de la persona.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
2. **El trastorno de apego reactivo está asociado a experiencias tempranas de negligencia o falta de cuidados.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
3. **El trastorno de relación social desinhibida implica un comportamiento excesivamente amistoso hacia extraños.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
4. **Los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) pueden aparecer incluso años después del evento traumático.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.



5. **El Trastorno de Estrés Agudo y el TEPT tienen síntomas similares, pero el primero tiene una duración limitada a un máximo de un mes.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
6. **Los trastornos de adaptación solo aparecen en respuesta a eventos traumáticos extremos, como desastres naturales o guerras.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
7. **Los síntomas del trastorno de estrés agudo pueden evolucionar hacia un diagnóstico de TEPT si persisten más allá de un mes.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
8. **Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés pueden afectar tanto las relaciones interpersonales como el rendimiento laboral.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
9. **El trastorno de relación social desinhibida refleja un desarrollo emocional equilibrado del niño, aunque su comportamiento parezca inapropiado.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
10. **Los trastornos de adaptación suelen desaparecer una vez que el factor estresante se resuelve.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.





[Ir al solucionario](#)

## Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



### Semana 8

#### Actividades finales del bimestre

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.





## Segundo bimestre

### Resultado de aprendizaje 2:

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

Estimado estudiante, a través de este resultado de aprendizaje, podrá identificar con precisión los criterios diagnósticos asociados a diversos trastornos psicopatológicos que afectan a la vida adulta. Durante el segundo bimestre, profundizaremos en los criterios diagnósticos, desarrollo y evolución, prevalencia, factores de riesgo y diagnóstico diferencial de la esquizofrenia, trastornos relacionados con sustancias, trastornos neurocognitivos, disfunciones sexuales y parafilias. A lo largo de las unidades, encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones y estudios de caso que le ayudarán a consolidar y aplicar sus conocimientos.

### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



### Semana 9

## Unidad 9. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

### 9.1. Conceptualización de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Los trastornos psicóticos se caracterizan por una serie de anomalías que afectan cinco dominios principales: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor anómalo y síntomas negativos. Los primeros cuatro son considerados síntomas “positivos” porque, en general,



responden mejor al tratamiento farmacológico y son menos graves a largo plazo en comparación con los síntomas negativos (APA, 2014; Ramos Bernal, 2018).

Los **delirios** son creencias firmes y fijas que persisten a pesar de pruebas que las contradicen (Lans, 2022). Estas creencias pueden abarcar diferentes temas, como:

- **Persecutorios:** El individuo cree que está siendo acosado, perseguido o amenazado por otros.
- **Referenciales:** La persona interpreta gestos, comentarios o señales del ambiente como dirigidos específicamente a él o ella.
- **De Grandeza:** Se caracteriza por la creencia de que la persona posee habilidades, riqueza o fama excepcionales.
- **Erotomaniacos:** Consiste en la falsa creencia de que alguien está enamorado de él o ella.
- **Nihilistas:** Involucra la convicción de que ocurrirá una gran catástrofe o que el mundo no existe.
- **Somáticos:** Se centra en preocupaciones relacionadas con la salud o el funcionamiento de los órganos.

Las **alucinaciones**, por otro lado, son percepciones sensoriales que ocurren sin la presencia de un estímulo externo real. Estas percepciones suelen ser vívidas e intensas y no están bajo el control voluntario del individuo. Pueden presentarse en varias modalidades sensoriales, siendo las auditivas las más comunes. En las alucinaciones auditivas, las personas pueden escuchar voces que, a menudo, son distintas de sus propios pensamientos (APA, 2014).

Otro síntoma positivo frecuente es el pensamiento desorganizado, característico de la esquizofrenia. Las personas con **pensamiento desorganizado** suelen tener dificultades para mantener una conversación coherente; pueden cambiar abruptamente de tema, hablar de manera poco inteligible o dar respuestas tangenciales. Esta desorganización en el pensamiento, conocida como deslizamiento cognitivo, implica cambios rápidos de un tema a otro sin una conexión aparente o lógica.



El **comportamiento motor desorganizado o anómalo** se manifiesta en dificultades para realizar conductas orientadas hacia metas, lo que afecta las actividades diarias. En algunos casos, el comportamiento puede incluir catatonia, que implica una disminución extrema de la respuesta al entorno. La catatonia puede incluir resistencia a seguir instrucciones (negativismo), posturas rígidas e inapropiadas, mutismo o estupor, y, en algunos casos, movimientos excesivos sin propósito claro (excitación catatónica).

Los **síntomas negativos** son responsables de una gran parte de la discapacidad asociada a la esquizofrenia y suelen ser menos pronunciados en otros trastornos psicóticos. Los síntomas negativos principales incluyen:



**Figura 1**

*Síntomas negativos*



Nota. Valarezo, E., 2024.

Estos síntomas negativos suelen ser persistentes y afectan de manera significativa la calidad de vida de quienes padecen esquizofrenia, interfiriendo con su capacidad para mantener relaciones sociales y desarrollar actividades cotidianas de manera independiente.

## 9.2. Clasificación de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Los trastornos relacionados con síntomas somáticos reflejan la intrincada conexión entre mente y cuerpo, donde las preocupaciones por la salud y las manifestaciones físicas influyen profundamente en la calidad de vida de

quienes los enfrentan. Estas condiciones abarcan desde una ansiedad persistente por creer que se padece una enfermedad grave hasta la aparición de síntomas físicos o neurológicos sin una causa médica identificable. En otros casos, el deseo de recibir atención o cuidado puede llevar a la creación o exageración de síntomas. A pesar de sus diversas expresiones, estos trastornos comparten un denominador común: un impacto significativo en el bienestar físico, emocional y social de la persona, subrayando la importancia de abordarlos desde un enfoque integral y personalizado (APA, 2014; Joseph, 2021; Lans, 2022; Ramos Bernal, 2018):

- **Trastorno delirante:** se define por la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos un mes, sin otros síntomas psicóticos predominantes. Estos delirios son firmes y persistentes, y aunque pueden afectar el funcionamiento de la persona, no necesariamente alteran su conducta general de manera significativa.
- **Trastorno psicótico breve:** se caracteriza por la aparición súbita de uno o más síntomas psicóticos positivos, como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o comportamiento motor anómalo, incluyendo catatonía. Este trastorno surge rápidamente, en un periodo de dos semanas, y puede durar de un día a menos de un mes. Una vez que el episodio termina, el individuo retorna a su funcionamiento premórbido sin secuelas a largo plazo.
- **Trastorno esquizofreniforme:** los síntomas son similares a los de la esquizofrenia, pero la duración total de la enfermedad es menor, entre uno y seis meses. El diagnóstico se realiza en dos circunstancias: si el episodio ya ha terminado y duró entre uno y seis meses, o si los síntomas han persistido menos de seis meses y aún no se ha alcanzado la recuperación completa.
- **Esquizofrenia:** es una condición compleja y heterogénea que incluye disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, y se caracteriza por la presencia de síntomas positivos (como alucinaciones y delirios) y negativos (como la abulia y la alogia). El diagnóstico de esquizofrenia implica que estos síntomas causan un deterioro significativo en el funcionamiento laboral, social o personal.



- **Trastorno esquizoafectivo:** combina síntomas psicóticos continuos con un episodio mayor del estado de ánimo, ya sea maníaco o depresivo. Para su diagnóstico, los síntomas psicóticos deben estar presentes de forma ininterrumpida, incluso durante los períodos de alteración del estado de ánimo.
- **Trastorno psicótico:** inducido por sustancias o medicamentos, los delirios o alucinaciones surgen debido a los efectos fisiológicos de una sustancia o medicamento, como ocurre durante la intoxicación, abstinencia o la exposición prolongada a ciertos compuestos. Estos síntomas pueden persistir por un tiempo después de la retirada de la sustancia, aunque suelen comenzar poco después de su consumo o abstinencia.
- **Trastorno psicótico debido a otra afección médica:** implica la aparición de delirios o alucinaciones que se atribuyen a los efectos fisiológicos de una condición médica subyacente y no se explican mejor por otro trastorno mental.
- **Catatonía asociada a otro trastorno mental:** que puede aparecer en el curso de trastornos psicóticos, bipolares, depresivos u otros trastornos del neurodesarrollo. También existe la catatonía no especificada, utilizada cuando los síntomas de catatonía causan un deterioro funcional importante, pero no se dispone de suficiente información para identificar la causa subyacente o el diagnóstico específico.



## Actividades de aprendizaje recomendadas

Es momento de aplicar su conocimiento a través de las actividades que se han planteado a continuación:

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



**Tabla 5***Subtipos de trastorno delirante*

SUBTIPOS	CARACTERÍSTICA
<b>Tipo erotomaníaco</b>	Ejemplo:
<b>Tipo de grandeza</b>	Ejemplo:
<b>Tipo celotípico</b>	Ejemplo:
<b>Tipo persecutorio</b>	Ejemplo:
<b>Tipo somático</b>	Ejemplo:
<b>Tipo mixto</b>	Ejemplo:
<b>Tipo no específico</b>	Ejemplo :

*Nota.* Adaptado de *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (pp. 49-50), por American Psychiatric Association, 2014, Editorial médica Panamericana.

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

1. Revise el DSM 5 sobre la temática “Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos”.
2. Preste especial atención al trastorno delirante y los principales subtipos de delirio.





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.

*Nota:* por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

**Actividad 2:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

### [Estudio de Caso 6: Trastorno psicótico breve](#)

**Actividad 3:** Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



### [Autoevaluación 9](#)

#### **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 la 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.

**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.



**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](#)

**Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas**



**Semana 10**

**Unidad 10. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos**

**10.1. Conceptualización de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos**

Estimados, los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos abarcan un conjunto de condiciones caracterizadas por un consumo problemático de diferentes sustancias, que ocasiona malestar significativo y deterioro en la vida personal, social y laboral de los individuos. Estas sustancias incluyen alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, tabaco, entre



otras. Cada una de estas categorías puede generar una serie de síntomas físicos y psicológicos que afectan considerablemente la salud y funcionalidad del individuo (APA, 2014; Fernández Cáceres et al., 2021).

Estos trastornos se desarrollan debido a la dependencia o abuso de estas sustancias, donde la persona puede experimentar tolerancia (necesitando dosis cada vez mayores para obtener el mismo efecto) o abstinencia (síntomas físicos o emocionales negativos al disminuir o cesar el consumo). Esta dependencia se manifiesta en un deseo o necesidad intensa de consumir la sustancia, a menudo ocasionando una incapacidad para controlar el consumo a pesar de las consecuencias negativas evidentes.

Además de los efectos inmediatos, el consumo crónico puede causar deterioro físico y psicológico, afectando órganos vitales, funciones cognitivas, el estado de ánimo y la capacidad para relacionarse. Los trastornos adictivos también suelen estar marcados por la pérdida progresiva de control, donde el consumo se convierte en una prioridad en la vida de la persona, a menudo llevando al descuido de responsabilidades, al aislamiento y al desarrollo de problemas legales, financieros o familiares (Fontseca Moratalla, 2020).

La gravedad y el curso de estos trastornos varían, pudiendo ser leves, moderados o graves, en función del nivel de dependencia y del impacto que tiene en la vida del individuo.

## **10.2. 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 (APA, 2014; Fernández Cáceres et al., 2021; Fontseca Moratalla, 2020; Gómez, 2018).

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

Es momento de aplicar su conocimiento a través de las actividades que se han planteado a continuación:

**Actividad 1:** Complete el [Anexo 1. Trastornos inducidos por sustancias](#), el cual aborda los trastornos relacionados con sustancias y adicciones según el manual diagnóstico DSM-5.



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

1. Revise el DSM 5 sobre 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.

*Nota:* por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

**Actividad 2:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

[Estudio de Caso 7: Trastorno relacionado con el alcohol](#)

**Actividad 3:** Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



### [Autoevaluación 10](#)

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 disártrica.

**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 caracteriza por cambios:**

- a. De comportamientos o psicológicos desadaptativas.
- 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 apetito, 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.

**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](#)







## Unidad 11. Trastornos neurocognitivos



### 11.1. Conceptualización de los trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos se caracterizan por una alteración significativa en el funcionamiento cognitivo, lo cual se relaciona con un deterioro en áreas como la memoria, el lenguaje, la percepción y el control motor. A diferencia de otros trastornos psicológicos, los trastornos neurocognitivos se presentan como síndromes cuya causa subyacente y, en muchos casos, su etiología, pueden identificarse claramente. Esto se debe a que suelen estar asociados con cambios estructurales o funcionales en el cerebro debido a lesiones, enfermedades degenerativas o infecciones (APA, 2014; Cerezo Huerta, 2019).



### 11.2. Clasificación de los trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos abarcan diversas condiciones que afectan las capacidades mentales, con manifestaciones específicas según su causa subyacente (APA, 2014; Cerezo Huerta, 2019).



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 solo 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 delirio. En cambio, la fase **leve** es apropiada 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 cerebrovascular. 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 rápidos o desplazamientos 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.





## Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo la siguiente actividad:

Complete la tabla que se propone a continuación sobre las diferencias entre el delirium y el trastorno neurocognitivo leve y mayor.

**Tabla 6**

*Caracterización del delirium y diferencia entre trastorno neurocognitivo leve o mayor*

Delirium	Trastorno neurocognitivo mayor	Trastorno neurocognitivo leve

*Nota.* Adaptado de *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (pp. 319-325), por American Psychiatric Association, 2014, Editorial médica Panamericana.

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

1. Revise el DSM 5 sobre la temática titulada: “Trastornos neurocognitivos”.
2. Tanto el delirium, el trastorno neurocognitivo leve y el trastorno neurocognitivo mayor se diferencian entre sí por criterios como el 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 del espacio de mensajería de la plataforma.

*Nota:* por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.





## Unidad 11. Trastornos neurocognitivos

### 11.3. 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 (APA, 2014; Cerezo Huerta, 2019).

### 11.4. Clasificación de los trastornos neurocognitivos

El TNC inducido por **sustancias/medicamentos** se caracteriza por déficits 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 incluyen 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 déficits 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 bradicinesias 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.





## Actividades de aprendizaje recomendadas



Es momento de aplicar su conocimiento a través de las actividades que se han planteado a continuación:

**Actividad 1:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

[Estudio de caso 8: Trastorno neurocognitivo debido a traumatismo cerebral](#)

**Actividad 2:** Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



### [Autoevaluación 11](#)

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.
5. **¿Cuáles son las variantes sindrónicas del trastorno neurocognitivo frontotemporal?**
- a. Comportamental y lingüística.
  - b. Cognitiva y comportamental.
  - c. Todas son correctas.
6. **En el trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy incluye no solo una disfunción cognitiva progresiva, sino también:**
- a. Alucinaciones visuales complejas recurrentes.
  - b. Síntomas concurrentes del trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos.
  - c. Todas son correctas.
7. **En el TNC vascular mayor habitualmente se requieren:**
- a. 2 ictus.
  - b. 2 o más ictus.
  - c. 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:**
- a. Pérdida de conciencia.
  - b. Insomnio.
  - c. Desorientación.
  - d. A y C.



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 aparece 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](#)

**Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas**



## **Semana 13**

### **Unidad 12. Disfunciones sexuales**

#### **12.1. Conceptualización de las disfunciones sexuales**

Las disfunciones sexuales son trastornos que, debido a factores fisiológicos, psicológicos o ambos, dificultan la participación o satisfacción en las actividades sexuales. Estos trastornos pueden afectar las distintas fases de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo y resolución, interfiriendo así en el desarrollo y disfrute del acto sexual (APA, 2014; Blanquet Rochera, 2013).





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

**La fase de excitación** se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos (vaso congestión, lubricación, hinchazón, etc.) que facilitan el encuentro sexual. En el caso de los hombres, en esta fase se presenta la erección y en las mujeres la lubricación vaginal. Los 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 sensaciones placenteras; en el caso de los hombres, suele venir acompañado (no siempre) de la eyaculación. Los 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 ser de por vida, afectando todos los encuentros sexuales (generalizados), o pueden ocurrir solo en situaciones específicas, con ciertos estímulos o parejas (situacionales). Aunque algunas disfunciones tienen causas orgánicas claras, la influencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales también es determinante en su desarrollo y manifestación (APA, 2014).

## 12.2. Clasificación de las disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales comprenden una variedad de alteraciones que afectan diferentes fases de la respuesta sexual, desde el deseo hasta el orgasmo, impactando tanto la satisfacción personal como las relaciones de pareja. Estas condiciones pueden manifestarse como dificultades en la



excitación, problemas en el mantenimiento de la erección, ausencia de deseo sexual, dolor durante la actividad sexual o eyaculación precoz o retardada (APA, 2014; Blanquet Rochera, 2013; Menassa de Lucía y Rojas Martínez, 2015).

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 (término 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.



## Actividades de aprendizaje recomendadas

Es momento de aplicar su conocimiento a través de las actividades que se han planteado a continuación:

**Actividad 1:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva:

[Estudio de caso 9: Trastorno eréctil](#)

**Actividad 2:** Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



## Autoevaluación 12

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.
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-pélvico/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](#)

### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



## Semana 14

### Unidad 13. Parafilias

#### 13.1. Conceptualización de las parafilias

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).



## 13.2. Clasificación de las parafilias

**Trastorno de voyeurismo:** tendencia sexual a observar a personas desprevenidas que están 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 froteurismo:** 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 parafílico 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.

El trastorno del **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.



Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



### **Autoevaluación 13**

- 1. La parafilia es sinónimo de trastorno parafilico y siempre requiere intervención clínica.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 2. El trastorno de voyeurismo implica la observación de personas sin su consentimiento mientras están desnudas o realizando actividades sexuales.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 3. En el trastorno de exhibicionismo, las personas se excitan sexualmente al ser expuestas a los genitales de otros.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 4. El trastorno de frotteurismo involucra el contacto físico no consentido con otras personas como fuente de excitación sexual.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 5. El trastorno de masoquismo sexual incluye la excitación derivada del sufrimiento propio, ya sea físico o psicológico.**
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.



6. **El trastorno de sadismo sexual implica obtener excitación sexual al causar sufrimiento físico o psicológico a otras personas.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
7. **El trastorno de pedofilia está relacionado exclusivamente con el interés hacia adolescentes mayores de 15 años.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
8. **El trastorno de fetichismo se caracteriza por la dependencia de objetos inanimados o partes específicas del cuerpo para la excitación sexual.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
9. **El trastorno del travestismo aplica a cualquier persona que se viste con ropa del sexo opuesto.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
10. **Una parafilia se considera un trastorno solo si causa malestar significativo, deterioro en la persona o daño a terceros.**
- a. Verdadero.
  - b. Falso.

[Ir al solucionario](#)





## Unidad 14. Disforia de género

### 14.1. Conceptualización de disforia de género

La disforia de género se manifiesta como una desconexión profunda y persistente entre el género asignado al nacer y el género con el que la persona se identifica. Esta experiencia puede llevar al individuo a sentir que ha nacido en un cuerpo equivocado, lo que afecta su bienestar emocional y social.

En muchos casos, estas personas optan por expresarse de acuerdo con el género que sienten como propio, adoptando vestimenta, comportamientos, intereses y roles sociales que reflejan su identidad deseada. La disforia de género puede comenzar en la infancia, cuando los niños muestran una preferencia por actividades o estilos asociados con el género opuesto, y en la adultez, algunas personas deciden someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas para alinear su cuerpo con su identidad de género, aunque no siempre es así.

En el contexto social, las personas con disforia de género suelen enfrentar rechazo, burlas y discriminación, lo que amplifica el impacto emocional y psicológico de su condición. A pesar de ciertos avances legales en la búsqueda de igualdad e inclusión, en muchos países, como Ecuador, aún no existe un reconocimiento pleno que garantice sus derechos y dignidad. Esto pone de relieve la necesidad de continuar trabajando en la educación y el cambio cultural para generar un entorno más comprensivo y respetuoso hacia las personas que experimentan esta realidad (APA, 2014).



#### Actividades de aprendizaje recomendadas

Es momento de aplicar su conocimiento a través de las actividades que se han planteado a continuación:

**Actividad 1:** Complete la tabla con las características adicionales a las ya antes descritas de cada trastorno parafilicos.



**Tabla 7***Parafilias.*

Trastorno	Característica Adicional
<i>Voyeurismo</i>	
<i>Exhibicionismo</i>	
<i>Froteurismo</i>	
<i>Masoquismo sexual</i>	
<i>Sadismo sexual</i>	
<i>Pedofilia</i>	
<i>Fetichismo</i>	
<i>Travestismo</i>	

*Nota.* Adaptado de *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (pp. 373-380), por American Psychiatric Association, 2014, Editorial médica Panamericana.

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

1. Revise el DSM 5 sobre la temática “Trastornos parafilicos”.
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 del espacio de mensajería de la plataforma.

*Nota:* por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

**Actividad 2:** Analice y desarrolle el caso expuesto en la siguiente presentación interactiva: Estudio de caso 10: Trastorno del voyeurismo.

[Estudio de caso 10: Trastorno de voyerismo](#)



**Actividad 3:** Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.



### Autoevaluación 14

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 año.
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.



**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 qué 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.



**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](#)

### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



## Semana 15

### Actividades finales del bimestre

Estimado estudiante, a lo largo de estas semanas hemos explorado cómo algunos trastornos pueden provocar alteraciones significativas en la percepción, el pensamiento y el comportamiento (Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos); cómo el consumo desmedido de sustancias, tanto legales como ilegales, puede desencadenar complicaciones en el ámbito personal, social y laboral (Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos), y cómo los procesos cognitivos pueden verse afectados por enfermedades cerebrales degenerativas o traumatismos (Trastornos neurocognitivos).

También hemos analizado las alteraciones en las diferentes fases de la respuesta sexual que dificultan la satisfacción o participación en la actividad sexual (Disfunciones sexuales), así como los casos en que la excitación sexual depende de situaciones u objetos inusuales, lo cual puede generar consecuencias negativas tanto para el individuo como para otros (Trastornos parafílicos).





## Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, le invitamos a dedicar estas últimas semanas a repasar el contenido estudiado a lo largo del bimestre.

**Actividad 1:** Le recomendamos revisar cuidadosamente sus apuntes, la guía didáctica, y mantenerse en contacto con su docente para cualquier aclaración o apoyo que necesite en su aprendizaje.

**Actividad 2:** Revise nuevamente los recursos y materiales complementarios disponibles en la plataforma antes de la evaluación presencial.

### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



## Semana 16

### Actividades finales del bimestre

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





## 4. Autoevaluaciones

### Autoevaluación 1

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	Los trastornos de ansiedad implican respuestas desproporcionadas y persistentes, no respuestas normales.
2	V	Este trastorno se caracteriza por preocupación excesiva y síntomas como fatiga y problemas de sueño.
3	F	El contexto cultural influye en la percepción y experiencia de los síntomas de ansiedad.
4	V	La Fobia Específica incluye evitación activa de estímulos específicos que generan miedo intenso.
5	V	Este trastorno se centra en el miedo desproporcionado a la evaluación negativa en situaciones sociales.
6	F	Los ataques de pánico pueden ocurrir de forma inesperada, no siempre en situaciones previsibles.
7	V	La Agorafobia puede limitar significativamente la movilidad y las actividades cotidianas de la persona.
8	F	Los síntomas pueden persistir por un tiempo incluso después de cesar la exposición a la sustancia.
9	F	Este trastorno se debe directamente a una afección médica, no solo al impacto emocional de una enfermedad crónica.
10	V	Los trastornos de ansiedad comparten características como el miedo persistente y la interferencia en la vida diaria.

[Ir a la autoevaluación](#)



## Autoevaluación 2

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 las 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 solo es apreciada levemente por los demás individuos.
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 el 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.





Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
10	a	Los celos obsesivos se caracterizan por la preocupación no delirante acerca de la infidelidad percibida de la pareja, la preocupación puede derivarse en comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por la infidelidad.
<a href="#">Ir a la autoevaluación</a>		



### Autoevaluación 3

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	Los trastornos depresivos implican síntomas persistentes como tristeza constante y pérdida de interés, no solo sentimientos ocasionales.
2	V	Este trastorno se caracteriza por irritabilidad y explosiones de enojo desproporcionadas.
3	F	El trastorno de depresión mayor requiere que los síntomas persistan durante al menos dos semanas, no un mes.
4	V	La distimia es menos severa pero crónica, con una duración mínima de dos años.
5	F	El trastorno disfórico premenstrual afecta exclusivamente a mujeres, relacionado con el ciclo menstrual.
6	V	Este trastorno puede aparecer debido al abuso de sustancias o uso prolongado de medicamentos.
7	F	El trastorno depresivo por otra afección médica mejora al tratar la afección física subyacente, además de apoyo psicológico.
8	V	Los cambios en el apetito y el sueño son síntomas comunes en los trastornos depresivos.
9	F	La depresión mayor afecta tanto a las relaciones interpersonales como al funcionamiento laboral y social.
10	V	Todos los trastornos depresivos tienen en común un impacto significativo en la salud emocional y física.

[Ir a la autoevaluación](#)



## Autoevaluación 4

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 presentan 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 delirio.
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 delirio.
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 maníacos pueden ser incontrolables y 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 cumplan 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.
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 5

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 repetitivas 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 6

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	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 miembros.
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 mismos o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad.
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.



Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
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 está 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 7

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 suelen mostrarse raros o excéntricos.
3	c	El trastorno de personalidad dependiente corresponde al grupo C, al igual que los trastornos de personalidad evitativo y obsesivo-compulsivo. Estos individuos suelen ser ansiosos o temerosos.
4	b	Los trastornos de personalidad correspondientes al grupo B, antisocial, límite, histriónico y narcisista, se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.
5	c	Los trastornos de personalidad correspondientes 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.
7	c	La característica esencial del trastorno de personalidad límite es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen 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 temprana y 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.





Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
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.
<a href="#">Ir a la autoevaluación</a>		



## Autoevaluación 8

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	Estos trastornos afectan no solo la esfera emocional, sino también las relaciones, el trabajo y la calidad de vida en general.
2	V	El trastorno de apego reactivo está relacionado con la falta de cuidados adecuados en la infancia.
3	V	Este trastorno se caracteriza por comportamientos excesivamente amistosos hacia extraños, reflejando un desequilibrio emocional.
4	V	Los síntomas del TEPT pueden surgir incluso años después del evento traumático, dependiendo de varios factores.
5	V	El trastorno de estrés agudo comparte síntomas con el TEPT, pero su duración está limitada a un mes.
6	F	Los trastornos de adaptación también pueden surgir por cambios significativos en la vida, no solo por eventos extremos.
7	V	Los síntomas del trastorno de estrés agudo pueden convertirse en TEPT si persisten más allá de un mes.
8	V	Estos trastornos pueden afectar tanto las relaciones interpersonales como el desempeño laboral y la vida diaria.
9	F	Este trastorno refleja un desequilibrio emocional, no un desarrollo equilibrado, a pesar de comportamientos aparentemente amistosos.
10	V	Los trastornos de adaptación suelen desaparecer una vez que se resuelve el factor estresante.

[Ir a la autoevaluación](#)



## Autoevaluación 9

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 distingue 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.
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 diagnóstico 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 mantenida 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.



Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
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 diagnóstico 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 diagnóstico 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.
<a href="#">Ir a la autoevaluación</a>		



## Autoevaluación 10

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 una 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.
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.



Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
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.
<a href="#">Ir a la autoevaluación</a>		



## Autoevaluación 11

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.
6	C	El trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy incluye no solo 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.



Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
----------	-----------	-------------------

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 12

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 en 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 porque 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 experimentarán en algún momento de su vida alguna dificultad sexual momentánea.
5	b	Según el manual diagnóstico DSM 5 el trastorno, el trastorno de dolor génito-pélvico/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 la 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.
9	a	Si la disfunción sexual se presenta con todas las personas y bajo cualquier circunstancia, indicamos que el trastorno es generalizado, su trastorno 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-pélvico/penetración, aunque el manual DSM 5 indica que se requieren investigaciones más concluyentes.



[Ir a la autoevaluación](#)



## Autoevaluación 13

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	La parafilia no siempre implica un trastorno parafilico, no requiere necesariamente intervención clínica.
2	V	El trastorno de voyeurismo implica observar personas sin su consentimiento en situaciones privadas.
3	F	En el trastorno de exhibicionismo, la excitación se deriva de exponer los propios genitales, no de observar a otros.
4	V	El trastorno de froteurismo implica contacto físico no consentido para obtener excitación sexual.
5	V	El trastorno de masoquismo sexual se relaciona con la excitación por el sufrimiento propio, ya sea físico o psicológico.
6	V	El trastorno del sadismo sexual implica obtener excitación al causar sufrimiento a otros.
7	F	El trastorno de pedofilia se refiere al interés sexual hacia niños prepúberes, generalmente menores de 13 años.
8	V	El trastorno de fetichismo incluye la dependencia de objetos o partes del cuerpo específicos para la excitación sexual.
9	F	El trastorno del travestismo no aplica a todos los que se visten del sexo opuesto, sino a quienes sienten malestar o deterioro asociado.
10	V	Una parafilia se considera un trastorno si causa malestar, deterioro o riesgo de daño a terceros.

[Ir a la autoevaluación](#)



## Autoevaluación 14

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 están 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 irrefrenables 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.
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.



Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
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 y 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 que 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.
<a href="#">Ir a la autoevaluación</a>		





## 5. Referencias bibliográficas

- Álvarez, J. M. (2017). *Estudios de psicopatología patológica*: ( ed.). Pensódromo. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/106687>
- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5 Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Blanquet Rochera, M. (2013). *Fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas*: ( ed.). ECU. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/62303>
- Camacho Laraña, M. (2022). *Anotaciones sobre psicopatología y psiquiatría clínica*: (1 ed.). Bubok Publishing S.L. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/218944>
- Cerezo Huerta, K. (2019). *Trastornos neurocognitivos en el adulto mayor: evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica*: (1 ed.). Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/242470>
- Fernández Cáceres, C. (Il.), Quijada Gaytán, J. M. (Il.) & Zabicky Sirot, G. (Il.). (2021). *Problemáticas actuales del uso nocivo de alcohol. Volumen 1: Depresión y consumo de alcohol*: (1 ed.). Centros de Integración Juvenil. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/218274>
- Fontseca Moratalla, S. (2020). *La base del iceberg: Fundamentación psicobiológica de los factores de riesgo del trastorno de conducta adictiva*: ( ed.). Editorial UOC. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/167264>



- Fox, D. J. (2021). *Cuaderno de trabajo para el trastorno límite de la personalidad: un programa integrativo para comprender y gestionar el TLP*: (1 ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/253374>
- Garrido Genovés, V. (2022). *Psicopatía, otros trastornos de personalidad, abuso de sustancias y violencia*: (1 ed.). Editorial Seguridad y Defensa. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/215682>
- Gómez, R. Á. (2018). *Psicología de las drogodependencias y de las adicciones*: ( ed.). Editorial Brujas. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/78819>
- Hernández Pacheco, M. (2022). *Apego, disociación y trauma*: (3 ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/253372>
- Hernández Pacheco, M. (2023). *Las obsesiones y el trastorno obsesivo-compulsivo. Una adicción al pensamiento*: (2 ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/254836>
- Joseph, J. (2021). *Esquizofrenia y genética: el final de una ilusión*: ( ed.). Herder Editorial. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/189501>
- Lans, A. (2022). *Una clínica esquizoanalítica desde el Río de la Plata*: (1 ed.). Ciudad Educativa. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/224936>
- Lee, A. & Irwin, R. (2020). *Psicopatología: una perspectiva neuropsicológica social*: ( ed.). Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/131566>
- Mancini, F. (II.). (2021). *La mente obsesiva. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*: (1 ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/254830>



- Normandin, L. Ensink, K. & Weiner, A. (2022). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para adolescentes con trastornos graves de la personalidad*: (1 ed.). Editorial Desclee de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/253401>
- Paris, J. (2021). *El espectro bipolar ¿Diagnóstico o moda?*: (1 ed.). Ned ediciones. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/218981>
- Ramos Bernal, A. (2018). *Diario de una enfermedad mental (Esquizofrenia)*: ( ed.). ECU. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/106652>
- Rozo Sánchez, M. M. (2023). *Guía de práctica clínica sobre problemas del comportamiento internalizado*: (1 ed.). Universidad Católica de Colombia. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/256878>
- Salvador, M. C. & Bourquin, P. (2022). *¿Quién soy? De la disociación a la integración*: (2 ed.). Editorial Desclee de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/253398>
- Sarráis Oteo, F. (2016). *Psicopatología*: ( ed.). EUNSA. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/47310>
- Villegas, M. (2024). *Atrapados en la mente: las obsesiones*: (1 ed.). Herder Editorial. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/249652>
- Rozo Sánchez, M. M. (2023). *Guía de práctica clínica sobre problemas del comportamiento internalizado*: (1 ed.). Universidad Católica de Colombia. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/256878>
- Rojas, G. (Il.). (2023). *La depresión: ¿enfermedad o sufrimiento vital?*: (1 ed.). Editorial Universitaria de Chile. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaupl/titulos/271845>





- Hernández Pacheco, M. (2020). *Apego y psicopatología: la ansiedad y su origen: conceptualización y tratamiento de las patologías relacionadas con la ansiedad desde una perspectiva integradora*: (6 ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/127702>
- Micali, S. & Lastra, A. (Trad.). (2024). *Fenomenología de la ansiedad*: (1 ed.). Herder Editorial. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/267333>
- Bourquin, P. (Il.), López, P. (Trad.) & Rodas, C. (Trad.). (2018). *Trauma y presencia*: ( ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/128873>
- Williams, M. B. Poijula, S. & González Raga, D. (Trad.). (2015). *Manual del tratamiento del Trastorno de Estrés Post-traumático: técnicas sencillas y eficaces para superar los síntomas del trastorno de estrés postraumático*: ( ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/127904>
- Vidal Quintero, M. (2022). *Genealogías del trauma: cuerpos abusados, memorias reconciliadas*: (1 ed.). Editorial Verbo Divino. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecautpl/titulos/227052>





---

## 6. Anexos

---

## Anexo 1. Trastornos inducidos por sustancias

Trastornos	Características
Trastornos relacionados con el alcohol	<p><b><i>El 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></b></p> <p><b><i>Intoxicación por alcohol</i></b></p> <hr/> <hr/> <p><b><i>Abstinencia de alcohol</i></b></p> <hr/> <hr/>
Trastornos relacionados con la cafeína	<p><b><i>Intoxicación por cafeína es el consumo reciente de cafeína y cinco o más signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después de su consumo. Los síntomas son: agitación, nerviosismo, excitación, insomnio, rubor facial, diuresis y molestias gastrointestinales.</i></b></p> <p><b><i>Si el consumo es más de 1 g al día, se pueden producir: espasmos musculares, divagaciones del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, periodos de fatigabilidad y agitación psicomotora.</i></b></p> <p><b><i>Abstinencia de cafeína</i></b></p> <hr/> <hr/>
Trastornos relacionados con el cannabis	<p><b><i>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.</i></b></p> <p><b><i>Intoxicación por cannabis</i></b></p> <hr/> <p><b><i>Abstinencia de cannabis</i></b></p> <hr/> <hr/>
Trastornos relacionados con los alucinógenos	<p><b><i>Trastorno por consumo de fenciclidina</i></b></p> <hr/> <p><b><i>Trastorno por consumo de otros alucinógenos</i></b></p> <hr/> <p><b><i>Intoxicación por fenciclidina: las manifestaciones más comunes son: desorientación, confusión sin alucinaciones, alucinaciones o delirios, un síndrome de tipos catatónicos, agresividad, impulsividad, agitación psicomotora y juicio alterado.</i></b></p> <hr/>
Trastornos relacionados con los inhalantes	<p><b><i>El 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.</i></b></p> <hr/>

	<p><b><i>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.</i></b></p>
<p><b>Trastornos relacionados con los opiáceos</b></p>	<p><b><i>Trastorno por consumo de opiáceos</i></b> 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.</p> <p><b><i>Intoxicación por opiáceos</i></b></p> <hr/> <p><b><i>Abstinencia de opiáceos</i></b></p> <hr/>
<p><b>Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</b></p>	<p><b><i>Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</i></b></p> <hr/> <p><b><i>Intoxicación por sedantes hipnóticos o ansiolíticos</i></b>  <b><i>Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</i></b> 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 tónico-clónicas generalizadas.</p>
<p><b>Trastornos relacionados con los estimulantes</b></p>	<p><b><i>Trastorno por consumo de estimulantes</i></b>  <b><i>Intoxicación por estimulantes</i></b> 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><b><i>Abstinencia de estimulantes</i></b></p> <hr/>
<p><b>Trastornos relacionados con el tabaco</b></p>	<p><b><i>El trastorno por consumo de tabaco</i></b> 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><b><i>Abstinencia de tabaco</i></b> 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>

Nota. DSM 5 (APA, 2014)