



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA  
SEDE VILLAVICENCIO

VIGILADA MINEDUCACIÓN - SNIES 1704

# CARTILLA DE ALTERACIONES



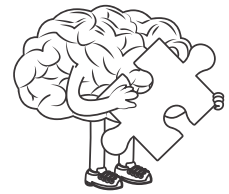
**ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE LA JUVENTUD**

**5B**

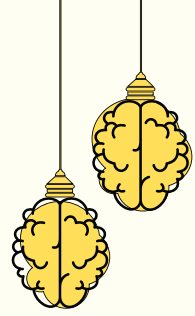
**2021-1**



# Alteraciones del Desarrollo de la Juventud



<b>Trastorno</b>	<b>Pg.</b>
Trastorno de Personalidad.....	1
Trastorno de Esquizofrenia.....	11
Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	19
Trastorno de Depresión.....	25
Trastorno Afectivo Bipolar.....	31
Trastorno de Ansiedad.....	39



# Trastorno de la personalidad

Carolina Bernal Bernal  
Paula Cespedes  
Juanalberto Castaño  
Ana María Mojica  
Andrés Felipe Parra

**S**egún el DSM-IV, un Trastorno de personalidad es «un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto» (Romero, 2001).

"En otras palabras, un trastorno de personalidad se evidencia o se produce cuando esos rasgos de personalidad se ven muy pronunciados, y la persona se ve afectada en sus distintas labores o actividades diarias lo cual genera en la persona una serie de angustia la cual es significativa en personas que llevan este trastorno. Este trastorno engloba a tres grupos (A, B, C)." (Romero, 2001).

Cada uno de estos grupos se encarga de diferentes trastornos de la personalidad:

- El grupo A: Incluye trastornos Paranoide, Esquizoide y Esquizotípicos. Los sujetos que padecen estos trastornos pueden parecer raros o excéntricos.
- El grupo B: Incluye trastornos Antisocial, Límite, Histrionico y Narcisista. Los sujetos que padecen estos trastornos pueden parecer dramáticos, emotivos o inestables.
- El grupo C. Incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con este trastorno pueden parecer ansiosos o temerosos.



### Signos y Síntomas

#### Trastornos de la personalidad del grupo A

1. Trastorno paranoide de la personalidad: Lo que resulta más llamativo en los pacientes con TP paranoide (TPP) es la poca confianza que tienen en, y lo mucho que sospechan de, otras personas (Morrison, 2015).

- Tienen a ser rígidos y prejuiciosos
- Creencia continua e injustificada de que los demás intentan dañarte o engañarte
- Reacción hostil o de furia a los insultos o desaires percibidos
- Sospecha injustificada y recurrente de que el cónyuge o la pareja sexual es infiel
- Tendencia a guardar rencor

#### Características:

(Pichot, 1995). Plantea estas características en donde las personas varían su comportamiento dependiendo del contexto:

1. Algunas personas sospechan sin tener una base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
2. Preocupación por dudas por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
3. Presentan un poco de reticencia en la confianza con los demás, por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
4. En los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. En cierto tipo de personas las sospechas injustificadas relativas a la fidelidad del cónyuge o pareja, pueden dar como respuesta rencor o un ataque de ira.

2. Trastorno de la personalidad esquizoide: Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide (TPE) se muestran indiferentes a la asociación con otras personas, en ocasiones en gran medida. De manera característica son solitarios de toda la vida, por lo que cuentan con un rango emocional restringido. (Morrison, 2015)

- Falta de interés en las relaciones sociales o personales; preferencia por la soledad
- Incapacidad para disfrutar la mayoría de las actividades
- Poco interés o interés nulo en las relaciones sexuales
- Amplitud limitada de las emociones
- Suelen ser indiferentes y distantes



### Características

Las personas normalmente permanecen aisladas o tienen una variabilidad emocional limitada, en cierto modo prefieren la soledad incluso para realizar actividades cotidianas dejando de relacionarse incluso hasta con su familia. además de eso muestran desinterés en el sexo con otros individuos, se describen como personas frías o desapegadas, parecen indiferentes tanto a la crítica como al elogio. (Morrison,2015).

3. Trastorno de la personalidad esquizotípico: Desde una edad temprana los pacientes con trastorno de la personalidad esquizotípico tienen deficiencias perdurables en las relaciones interpersonales que reducen en gran medida su capacidad para tener cercanía con otros, (Morrison,2015) así mismo este autor postula los siguientes síntomas:

- Desde una edad temprana los pacientes con (TPET) tienen deficiencias perdurables en las relaciones interpersonales que reducen en gran medida su capacidad para tener cercanía con otros muestran pensamientos, percepciones y comportamientos distorsionados o excéntricos.
- «Pensamiento mágico» (creen que pueden ejercer influencia en personas y acontecimientos con el pensamiento)

### Características

Torsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

1. Creencias raras, como un pensamiento mágico que les hace pensar en supersticiones, creer en la clarividencia, telepatía o sexto sentido; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas.
2. Presentan experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
3. Susplicia y una ideación paranoide.
4. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.



### Trastornos de la personalidad tipo B

1. Trastorno de la personalidad antisocial: Así como lo menciona (Morrison,2015) Los individuos con TP antisocial (TPA) ignoran y violan en forma crónica los derechos de otras personas; no pueden adaptarse a las normas de la sociedad o deciden no hacerlo
- ignoran y violan en forma crónica los derechos de otras personas
  - falta de adaptabilidad con las normas
  - Comportamiento agresivo, a menudo violento
  - Irresponsabilidad constante

### Características

(Pichot, 1995).

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que tienen consecuencias como la detención.
  2. Deshonestidad, miente repetidamente, utiliza un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
  3. Incapacidad para planificar el futuro
  4. Es una persona con un alto grado de irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
2. Trastorno de la personalidad límite: las personas con TP límite (TPL) parecen inestables. A menudo se encuentran en un punto crítico en cuanto al estado de ánimo, el comportamiento y las relaciones interpersonales (Morrison,2015) otros síntomas que se pueden presentar son:
- Imagen personal inestable o frágil
  - Cambios en el estado de ánimo, a menudo como reacción al estrés interpersonal
  - Sentimientos de vacío continuos
  - Ataques de ira frecuentes e intensos

### Características

Aquí se presenta un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la efectividad, la autoimagen y una notable impulsividad.

1. Hay un esfuerzo frenético para evitar un abandono real o imaginado.
2. Relaciones interpersonales inestables e intensas que esta caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: Autoimagen o sentido de si mismo acusada y persistente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas como por ejemplo gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida etc.

3. Trastorno de la personalidad histriónico: "Los pacientes con TP histriónico (TPH) tienen un patrón de larga evolución de búsqueda extrema de atención y emotividad que se cuela a todas las áreas de vida. Estas personas satisfacen su necesidad de encontrarse en el centro del escenario por dos vías principales: (1) sus intereses y temas de conversación se concentran en sus propios deseos y actividades; y (2) de manera continua llaman la atención sobre sí mismos por medio de su comportamiento." (Morrison,2015)

### Características

Muestran una excesiva a emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos. (Pichot,1995).

1. Incomodidad ante situaciones en donde la persona no es el centro de atención
2. Cuando interactúa con los demás existe un comportamiento sexualmente seductor y provocador.
3. Cambia rápidamente su expresión emocional.
4. Su aspecto físico es utilizado para la llamar la atención sobre sí mismo.

4. Trastorno de la personalidad narcisista: Las personas con TP narcisista (TPN) tienen un patrón de grandeza (de la conducta y de sus fantasías) de por vida, sed de admiración y ausencia de empatía. (Morrison,2015), estos también presentan:

- Patrón de grandeza
- Exageración de logros o talentos
- Arrogantes
- Envidia hacia los demás o creencia de que los demás te envidian

### Características

(Pichot,1995).

1. Gran sentido de autoimportancia, en donde exagera a los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados.
2. Se preocupan por unas fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. La palabra "especial" es única y solo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto estatus.
4. En ciertos casos es pretencioso por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.

### Trastornos de la personalidad del grupo C

1. Trastorno de la personalidad por evitación: Estas personas se muestran inhibidas en el medio social, son en extremo sensibles a la crítica y se sienten inapropiadas (Morrison, 2015). Por otro lado, también presentan:
  - muestran inhibición social y son en extremo sensibles a la crítica
  - Sentimiento de ser inadecuado, inferior o desagradable
  - Timidez extrema en situaciones sociales y en las relaciones personales
  - Temor a la desaprobación, a pasar vergüenza o a hacer el ridículo

### Características

Patrón general de inhibición social en donde se encuentran sentimientos de inferioridad y de hipersensibilidad negativa. (Pichot, 1995).

1. Trata de evitar trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Muestra resistencia a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado

2. Trastorno de la personalidad dependiente: según (Morrison, 2015) los pacientes con este trastorno presentan:

- Dependencia excesiva de los demás y sentir la necesidad de que alguien le cuide
- Temor a tener que cuidarse por si mismo
- Falta de confianza en si mismo
- Dificultad para iniciar o llevar a cabo proyectos solo
- Dificultad para expresar desacuerdo con los demás

### Características

Necesidad excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. (Pichot, 1995).

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo acompañamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Existe la necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Las personas tienen la dificultad para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.
4. Presenta dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía.

## Trastorno de la Personalidad

3. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo: Las personas con este trastorno son perfeccionistas y se desvelan por el orden; necesitan ejercer un control interpersonal y mental. Estos rasgos persisten a lo largo de la vida, a expensas de eficiencia, flexibilidad y encanto. (Morrison, 2015).

### Características

"Generalmente las personas presentan una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad". (Pichot, 1995)



### Criterios diagnósticos

- a) - Patrón perdurable de vivencia interna y comportamiento que se desvía notoriamente de las expectativas de la cultura del individuo, Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los siguientes ámbitos:
- Cognición: Hace referencia a la forma en que el individuo se percibe a sí mismo, a los demás y a los diferentes acontecimientos
  - Afectividad: Comprende la intensidad, amplitud, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional
  - Funcionamiento interpersonal
  - Control de impulsos.
- b) El patrón perdurable es dominante e inflexible en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
- c) El patrón perdurable genera malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral, social u otras áreas importantes del funcionamiento.
- d) El patrón es estable y de larga duración, su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
- e) El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- f) El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).



### Tratamientos

**Psicoterapia:** Con un profesional de la salud mental, aprendiendo sobre la afección y hablar sobre el estado de ánimo, sentimientos, pensamientos y conductas; aprendiendo a sobrellevar el estrés y controlar el trastorno.

**Fármacos:** A pesar de que no existen medicamentos específicamente aprobados para tratar los trastornos de la personalidad, existen distintos tipos de medicamentos psiquiátricos que pueden ayudar con varios síntomas del trastorno de la personalidad:

- **Antidepresivos.** Los antidepresivos pueden ser efectivos si el sujeto se siente depresivo, con ira, impulsivo, irritable o desesperanzado, lo que puede asociarse con los trastornos de la personalidad.
- **Estabilizadores del estado de ánimo.** Como su nombre lo sugiere, los estabilizadores del estado de ánimo pueden suavizar los cambios de humor o reducir la irritabilidad, la impulsividad y la agresión.
- **Medicamentos antipsicóticos.** Llamados también neurolepticos, pueden ser efectivos si los síntomas incluyen perder el contacto con la realidad (psicosis) o en ciertos casos, si se evidencian problemas de ansiedad o ira.
- **Ansiolíticos.** Pueden ayudar si el sujeto presenta ansiedad, nerviosismo o insomnio. Pero en algunos casos, pueden aumentar el comportamiento impulsivo, por lo que se evitan para ciertos tipos de trastornos de la personalidad.

**Programas de tratamiento en el hospital y domiciliario:** En casos específicos, un trastorno de personalidad puede ser muy grave que es necesario acudir a un hospital para recibir atención e intervención psiquiátrica. Esto se recomienda únicamente cuando el paciente no puede cuidarse por sí solo o cuando se encuentra en riesgo.



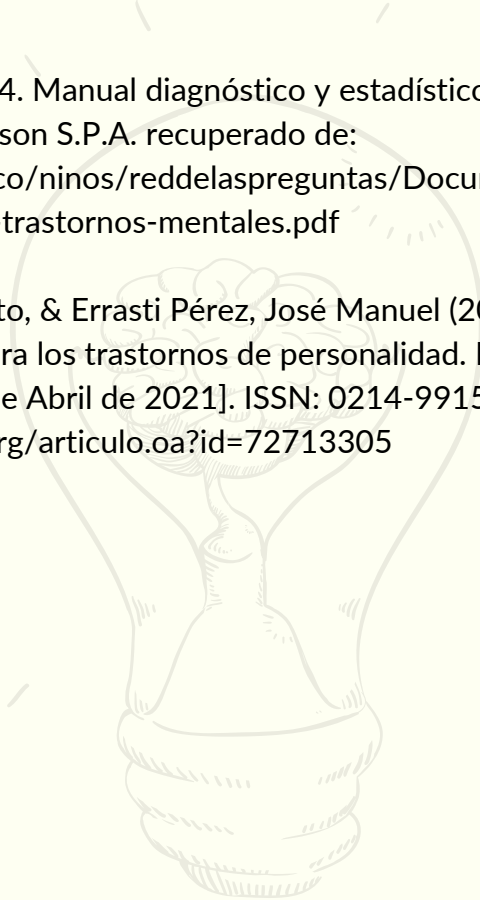
Recuperado de: <https://acortar.link/JK2YW>

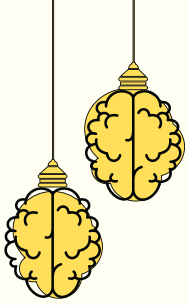


Recuperado de: <https://acortar.link/BsJv1>

### Referencias

- Morrison, J. (2015). DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Mexico; Editorial El Manual Moderno. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=FSsjCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=info:RN1uaTtfYCgJ:scholar.google.com/&ots=UfXui1Mx7j&sig=bQmvDo9wLDWNrjJ2a2gJotA8IXs#v=onepage&q&f=false>
- Pichot, P. (1995). DSM-4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, España: Masson S.P.A. recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Quiroga Romero, Ernesto, & Errasti Pérez, José Manuel (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3),393-406. [fecha de Consulta 16 de Abril de 2021]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713305>





# Esquizofrenia

Dueñas Becerra Maira Alejandra.  
Espitia Velásquez Camila Alejandra.  
Puerta Cerquera María Camila.  
Santa Florez Sergio Humberto.  
Verano Larrahondo Paula Sofia.

**L**a historia de la salud mental ha evidenciado descubrimientos importantes en lo que respecta a trastornos, afectaciones o deficiencias psicológicas, que producen comportamientos desadaptativos, considerando aspectos culturales que lo determinan como tal y de igual forma se logran establecer los factores causales y reforzadores de estas conductas por lo que para los investigadores de las disciplinas encargadas, es de suma importancia el hallazgo de los predisponentes para una orientación hacia la prevención.

Entre estos trastornos y afecciones psicológicas, en este texto predomina el interés en los trastornos psicóticos, más específicamente en la esquizofrenia; teniendo en cuenta la psicosis como una alteración de la percepción de la realidad y la esquizofrenia como un síndrome con bases genéticas que se profundizará más adelante; la cual a pesar de considerarse un trastorno de alto costo mayormente presentado en hombres según la OMS, no logra afectar a más del 3% de la población global. Más sin embargo es la causa de muerte de cientos de pacientes sobretodo en la adolescencia debido a que no se presentaba un servicio adecuado; razón por la cual, esta misma organización incluso implementó un proyecto en búsqueda de promover un plan de acción hacia el tratamiento indicado en estos pacientes.



Recuperado de: <https://acortar.link/AniHE>

### Definición

La esquizofrenia es uno de los términos que se usa para describir un trastorno o conjunto de trastornos psiquiátricos muy importantes que alteran áreas como percepción, pensamiento, afecto y el comportamiento de un individuo. Cada una de las personas que sufren de este trastorno, tienen su única combinación respecto a los síntomas como a las experiencias, ya que están influenciados por circunstancias particulares (Machado & Morales, 2013, citados en Montaña, Nieto y Mayorga 2013).

Según el DSM-5 la esquizofrenia se define como un trastorno clínico complejo, multifactorial, éste se caracteriza por una variación fenotípica amplia, es decir dependiendo de un contexto o ambiente determinado se manifiesta en diversas formas, con probable heterogeneidad etiológica (genética y ambiental), existe poca variación en su presentación clínica a través de poblaciones y con el tiempo; ésta afecta a aproximadamente el 1% de las personas durante toda la vida y exhibe una gran variedad de cursos y de patrones de evolución (Stagnaro, J. 2014).

### Características

Este trastorno está caracterizado por la psicosis que hace referencia a la pérdida de contacto con la realidad, el sujeto no logra conectar con su entorno y esto le dificulta su normal desarrollo; la esquizofrenia se acompaña de alucinaciones alusivas a aquellas percepciones falsas sobre algo o alguien; tenemos también las ideas delirantes también conocidas como creencias falsas que no corresponden a lo que el sujeto realmente está viviendo; también están afectaciones del habla y conductas desorganizadas; tenemos además el afecto aplanado que se refiere a un rango restringido (limitado) de las emociones que el sujeto puede experimentar; en la esquizofrenia los déficits cognitivos se manifiestan como el *deterioro en el razonamiento* y la *resolución* de diferentes tipos de *problemas* y por último disfunción en el área laboral y social (Tamminga, C. 2020).



### Signos y Síntomas

Los síntomas de la esquizofrenia pueden aparecer en el rango de 16 a 30 años, en muy pocas ocasiones los niños presentan este trastorno. Según National Institute of Mental Health, afirma que dichos síntomas se pueden dividir en tres categorías: Los positivos, negativos y cognitivos. Los signos positivos se conocen así, debido a que son comportamientos que se adicionan, es decir, conductas que no se ven en personas sanas. Aquí observamos síntomas como:

1. Los delirios.
2. Las alucinaciones.
3. Los trastornos del pensamiento.
4. Los trastornos del movimiento.

De este modo, los síntomas negativos hacen referencia a aquellos que impiden la relación social, expresar las emociones o el impedimento en realizar tareas diarias. Algunos de estos síntomas son:

1. La voz apagada.
2. Poca expresión facial frente diversas situaciones.
3. Abulia.
4. Problemas en la planificación y realización de actividades diarias.
5. Poca relación social.

Los síntomas cognitivos son evidenciados a partir de pruebas específicas, con estos se observa la dificultad que tienen las personas para realizar y mantener la concentración en una sola actividad. Estas personas. Algunos de estos síntomas cognitivos son:

1. Dificultad en el procesamiento de información y la toma de decisiones
2. Problemas para evocar el aprendizaje
3. Dificultades de concentración
4. Comportamientos desorganizados o catatónicos
5. Discurso desorganizado: incoherencia frecuente a la hora de tener una conversación.

Según el DSM-V, se deben presentar durante un periodo de mínimo 6 meses dos o más de los síntomas mencionados anteriormente con la característica que deben presentarse de forma significativa durante un mes (Stagnaro, 2014).

### Criterios diagnósticos

A continuación se expondrán los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia tomando como base los 6 criterios del DSM-V. Cabe resaltar que realizando una comparación con los mencionado en el DSM anterior ,se observa la modificación del criterio A y el F.

Los síntomas mencionado en el criterio A como lo son los delirios, las alucinaciones y los discursos desorganizados, los cuales deben presentarse (al menos uno de estos) de forma recurrente durante mínimo un mes; junto, al comportamiento desorganizado y los síntomas negativos como la expresión disminuida emotiva o la presencia de abulia.

El criterio B afirma que al inicio del trastorno, algunos ámbitos como el trabajo, el cuidado personal y las relaciones interpersonales están por debajo del nivel alcanzado, esto si se da después de la adolescencia; sin embargo, si este trastorno tiene un periodo de inicio en la infancia no se llega al nivel que se esperan en el área de funcionamiento interpersonal o académico.

Así mismo, en el criterio C los signos consecutivos del trastorno deben persistir en un mínimo de 6 meses, de los cuales por lo menos 1 mes corresponde a la presencia de síntomas relacionados con el primer criterio, incluyendo síntomas prodrómicos o residuales durante estos periodos.

En el criterio D se ha descartado el trastorno esquizoafectivo, depresivo o bipolar, esto debido a que no se han producido episodios maniáticos, de forma ocurrentes con los síntomas de fase. Así mismo, el criterio E afirma que dichos cambios fisiológicos no deben estar presentes como consecuencia de una sustancia psicoactiva o un medicamento. Por último, el criterio F menciona que si existen antecedentes de trastorno de comunicación o espectro autista en la infancia el nuevo diagnóstico para esquizofrenia sólo se hace cuando hay alucinaciones o delirios notables junto a los síntomas y criterios mencionados anteriormente. (DSM-V, 2013; Jufe, 2014).



### Tratamientos

Es importante aclarar que este trastorno actualmente no tiene una cura definitiva, por lo que el proceso para tratarlo básicamente dura toda la vida y debe ser muy cuidadoso para brindarle a la persona las herramientas necesarias para su supervivencia; ya sea en el ámbito académico, social, económico y en general desenvolverse en una sociedad.

Como psicólogos no estamos en la capacidad de darle medicación a las personas con este trastorno pero cuando son remitidos a psiquiatría es donde se evidencia este proceso de intervención. Como nos dice Eisenberg en su obra de las guías sumarias de los consumidores encontramos que “Para tratar los síntomas de esquizofrenia consistentes en dificultad para mostrar las emociones y dificultad para interactuar con otros: Los antipsicóticos nuevos aripiprazol (Abilify®), olanzapina (Zyprexa®) y risperidona (Risperdal®) son más eficaces que el antipsicótico antiguo haloperidol (Haldol®).” (2014); además de esto también se implementa los medicamentos anti-temblor implícitos en los antipsicóticos mencionados anteriormente.



Recuperado de: <https://acortar.link/iOICv>

Existen también diferentes técnicas de intervención que se explicarán a continuación que han demostrado ser eficientes según una base empírica y que se recomienda para este trastorno además de otros comúnmente mencionados:

## Ezquizofrenia

### *Grupo de apoyo*

Se presenta como un foro o reunión en la que las personas se asesoran sobre lo que les sucede e intercambian experiencias entre pacientes que tienen afecciones o propósitos similares como depresión, por ejemplo.



Recuperado de:<https://acortar.link/C1MDZ>



Recuperado de:<https://acortar.link/T1NTn>

### *Rehabilitación neuropsicológica*

Éste es un reentrenamiento de aquellas vías del cerebro con el propósito de mejorar el funcionamiento físico y mental luego de padecer alguna enfermedad o una lesión que afecta estas capacidades del sujeto. Por ejemplo, luego de un golpe en la cabeza (conmoción a nivel cerebral).

### *Terapia cognitiva*

Es una terapia conversacional la cual se enfoca en reemplazar los pensamientos negativos y/o desvirtuados en pensamientos positivos y concretos.



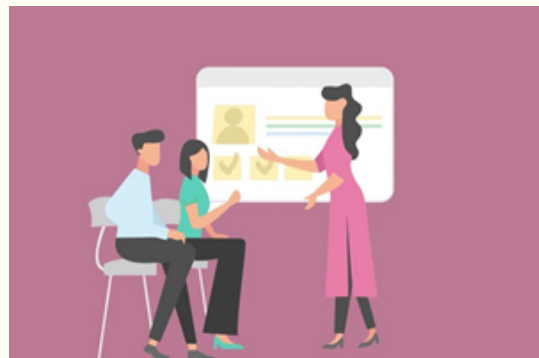
Recuperado de:<https://acortar.link/HSTPx>

(Belford, Camarena, Verduzco & Sánchez, s.f).

## Ezquizofrenia

### *Psicoeducación*

Es la educación relacionada con la salud mental, nos permite asistir, validar y fortalecer a los pacientes que padecen este trastorno.



Recuperado de: <https://acortar.link/IykTK>



Recuperado de: <https://acortar.link/UVoa6>

### *Terapia familiar*

Se refiere al asesoramiento psicológico que brinda una ayuda a las familias a la hora de solucionar conflictos y comunicarse de manera más asertiva o eficaz.

### *Terapia de comportamiento*

Esta se enfoca en la modificación de conductas perjudiciales asociadas con trastornos psicológicos.

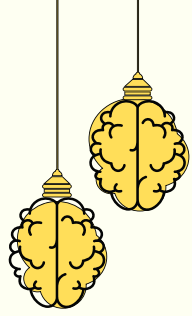


Recuperado de: <https://acortar.link/kKTGJ>

(Sánchez, M. 2020).

### Referencias

- American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013
- Belford, Camarena, Verduzco & Sánchez, (s.f) Guía Terapéutica Para el Manejo de la Esquizofrenia. *Asociación Psiquiátrica de América Latina*. Recuperado de: <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf>
- Clementz, B. A., Sweeney, J. A., Hamm, J. P., Ivleva, E. I., Ethridge, L. E., Pearlson, G. D., Keshavan, M. S., & Tamminga, C. A. (2016). Identification of Distinct Psychosis Biotypes Using Brain-Based Biomarkers. *The American journal of psychiatry*, 173(4), 373–384. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14091200>
- Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (2017). Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH).NIH Núm. 19-MH-8082S. Recuperada de: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/19-mh-8082s-laesquizofrenia-sp\\_158449.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/19-mh-8082s-laesquizofrenia-sp_158449.pdf)
- Eisenberg, J. (2014) Medicamentos antipsicóticos para tratar la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Rockville. Recuperado de: <https://acortar.link/hCOau>
- Goldchluk et al. (2014). Dsm-5: Luces y Sombras. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 25(113), 1-80. Recuperado de: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex113.pdf>
- Montaña, Nieto y Mayorga (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicol.* Tomado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815165.pdf>
- Sánchez, M. (2020) Esquizofrenia: tratamientos, síntomas, causas y diagnóstico. Recuperado de: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/esquizofrenia.html#tratamientos>
- Stagnaro, J. (2014). Dsm-5 Luces y Sombras. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 25(113), 1-80. Recuperado de: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex113.pdf>



# Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Cordero Duarte Angie Daniela  
Muñoz Romero Laura  
Palacios Plazas Wilber Alexis  
Parra Santos Paula Jureidy  
Sánchez Patiño Mayra Alejandra

**E**l trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una enfermedad mental donde las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (obsesiones) y comportamientos repetitivos e indeseables para el sujeto que lo impulsan a hacer algo una y otra vez (Compulsiones) lo cual causan en el individuo un malestar o deterioro significativo en sus actividades diarias y generan gran sufrimiento emocional De la Cruz (2018) .

## ¿Qué son Obsesiones ?

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes mentales que se repiten y provocan ansiedad. (Miedo a los gérmenes o contaminaciones, ansiedad de olvidar, perder o extraviar algo, etc.)

## ¿Qué son compulsiones?

Son comportamientos repetitivos que una persona siente necesidad de hacer o dar respuesta a un pensamiento obsesivo. (Limpiar, lavar manos obsesivamente, comprobar repetidamente las cosas, etc.)

### Características

Ocupa el décimo lugar entre las enfermedades más incapacitantes, según la Organización Mundial de la Salud.

El trastorno obsesivo-compulsivo se presenta de 2 a 4% en niños y adolescentes, y entre 2 y 3% en adultos. La edad media de inicio se aproxima a los 20 años, sin embargo se estima que un 50% de estos adultos inician con síntomas a los 11 años. (De la Cruz, 2018)

Los pacientes que presentan TOC pueden padecer otras enfermedades mentales.

El TOC se relaciona con el trastorno bipolar, depresión mayor, episodios maníacos, intentos de suicidio, mayor tasa de hospitalización, trastornos de alimentación, fobia social, ansiedad generalizada.

El TOC tiene unos factores biológicos, son los Neurotransmisores en donde hay una alteración en el sistema serotoninérgico, sistema noradrenérgico, neuroinmunología. El segundo es Neuroimagen y del mismo modo la corteza orbitofrontal, caudado y tálamo y por último, los Factores conductuales, ese pensamiento neutro que se convierten en generadores de ansiedad, al contrario las compulsiones reducen esta ansiedad. (De la Cruz, 2018)



### Síntomas

- Miedo excesivo a la contaminación: la persona siente miedo a los microbios, la suciedad y virus. Esto hace que las persona a lavarse las manos repetidamente.
- Fobias de impulsión: las personas tienen miedo a los pensamientos prohibidos relacionados al sexo, religión o hacer daño a los demás, esto genera malestar al individuo
- Verificar una y otra vez: la persona permanece en duda, si cerró la llave del agua, o asuntos como apagar las luces, entre otras.
- Contar excesivamente: están contabilizando todo lo que ven.
- Repetir las personas, dicen palabras y las repite seguidamente.
- Coleccionar: acumulan muchos objetos y no tiene control de esto.

### Cuadro clínico:

• Estudios realizados donde se agrupan los síntomas de TOC, de la escala de "Yale-Brown" allí se describió cuatro dimensiones:

1. Simetría/ orden.
2. Contaminación/lavado
3. Acumulación
4. Sexual/religiosa/Agresión.

Este trastorno es heterogeneo con una variabilidad de sintomas.



# Trastorno Obsesivo Compulsivo.

## Tratamientos:

### Farmacológico

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina
- Clomipramina, venlafaxina, bupirona, clonazepam, entre otros.



Imagen recuperada de: <https://acortar.link/ogMtz>



Imagen recuperada de: <https://acortar.link/GxEfS>

### Terapia Conductual

Se basa en la exposición y la prevención de la respuesta.



Imagen recuperada de: <https://acortar.link/yGY1b>

### Psicoterapia

#### Terapia Electroconvulsiva:

En casos extremos se puede considerar, en caso de resistencia al tratamiento. A su vez cuando el paciente por el uso de medicamentos aumentan la frecuencia en los episodios maníacos.

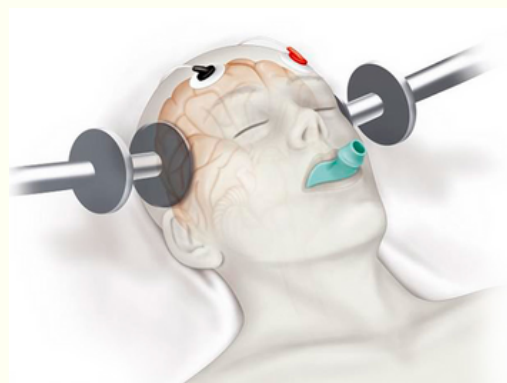


Imagen recuperada de: <https://acortar.link/jXVvO>

## Trastorno Obsesivo Compulsivo.

### Diagnóstico

#### Criterios diagnósticos según el DSM- 5 de la Asociación Americana de Psiquiatría

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las Obsesiones se definen por:



Recuperado de Elementos Canva

1. Pensamientos , impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión)(p.145).

Las compulsiones se definen por:



Recuperado de Elementos Canva

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos excesivamente, ordenar, verificar varias veces que la estufa está apagada) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos (p.145).

B. Los comportamientos, ya sean obsesiones o compulsiones se presentan por tiempo prolongado,(p. ej., una hora diaria para lavarse solo las manos) o causan malestar clínicamente significativo, así como una afectación en áreas como lo social y laboral (p. 146).

C. Los síntomas de TOC no se pueden atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., sustancias psicoactivas, medicamentos) o afecciones médicas (p. 146).

D. La alteración no se explica por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en un trastorno dismórfico corporal; arrancarse el cabello, como el la tricotilomanía; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos) (p. 146).

### Diagnóstico Diferencial

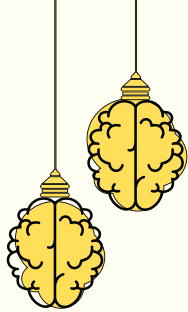
1. Afecciones orgánicas
2. Trastorno de Tourette
3. Otras enfermedades psiquiátricas



Recuperado de Elementos Canva

### Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- De la Cruz, N. (2018) Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Revista Médica Sinergia*. 3(11). 14-18 DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i11.154>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Ortíz, J. (2002) Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). *Acta Neurológica Colombiana*, 18(1) 51-65. Recuperado de [http://www.acnweb.org/acta/2002\\_18\\_1\\_51.pdf](http://www.acnweb.org/acta/2002_18_1_51.pdf)
- Salcedo, M., Vásquez, R., & Calvo, M. (2011). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 40(1). 131-143 Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502011000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000100011)



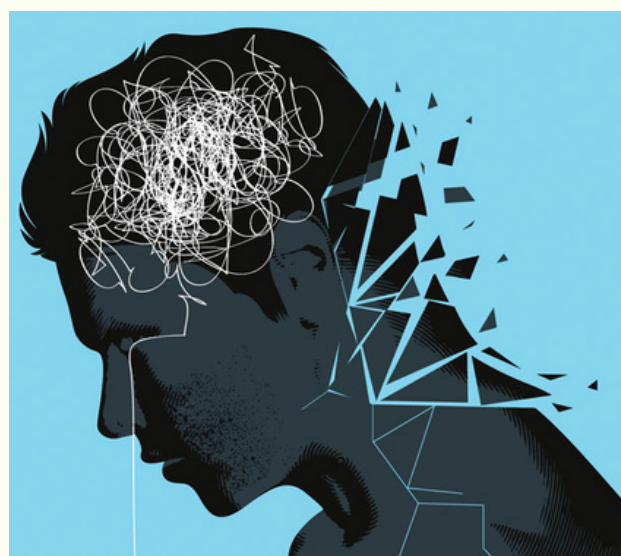
# Trastorno de Depresión

Alejandra Medina  
Gabriela Nieves  
Ana Sperandío  
Valentina Vargas Vasquez

**L**a depresión, que también se conoce como trastorno depresivo, es uno de las enfermedades mentales más comunes en los Estados Unidos. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), en el 2014 un estimado de 15.7 millones de adultos – aproximadamente el 6.7 por ciento de la población adulta estadounidense– sufrió de al menos un episodio depresivo (American Psychological Association, 2017).

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que desata la tristeza con una alta intensidad como para interferir en la funcionalidad de la persona (Del Barrio, 1998), afectando la manera en cómo se siente, piensa y coordina las actividades diarias (como dormir, comer o trabajar) (Cruzblanca, Lupercio, Collas & Castro, 2016)

A pesar de que se desconoce la causa exacta por la cual es provocada esta alteración, la American Psychological Association (2017) refiere que esta se origina por una combinación de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

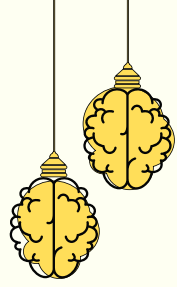


Recuperado de  
<https://bit.ly/2ORViYM>

## Características

El trastorno depresivo, según APA (2014) cuenta con diversas características específicas como lo son:

- Presentar un estado de ánimo deprimido durante gran parte del día y casi todos los días.
- Un interés bajo por actividades que generen placer en el transcurso del día.
- Una pérdida o aumento considerable de peso sin someterse a una dieta.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Ocasiona un malestar clínico o un detrimento en el ámbito social, laboral u otras áreas.
- Un episodio depresivo no puede ser propio de consecuencias fisiológicas relacionadas a sustancias o alguna afección médica.



### Signos y síntomas

Borrill (2014) menciona que para poder iniciar a diagnosticar algún tipo de trastorno depresivo la persona debe experimentar en un período de 2 semanas mínimamente cinco de los signos y/o síntomas que se mencionan a continuación:

En los jóvenes:

- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración.
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes.
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor.
- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso.
- Ansiedad, agitación o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, ideación suicida, intentos suicidas.
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza.

En los adultos mayores:

Se pueden presentar los mismos síntomas o signos anteriormente mencionados pero también podemos encontrar en esta población:

- Problemas de memoria o cambios en la personalidad.
- Dolores físicos.
- Fatiga, pérdida del apetito, problemas del sueño o pérdida del interés en el sexo, que no son resultado de una enfermedad ni de un medicamento.
- Querer quedarse en casa con frecuencia, en lugar de salir a socializar o hacer cosas nuevas.
- Pensamientos o sentimientos suicidas, en especial en los hombres mayores.



### Criterios diagnósticos

Al realizar un diagnóstico de depresión deben tenerse en cuenta los criterios establecidos por el DSM-V:

A. Deben presentarse cinco o más de los siguientes síntomas durante un lapso de dos semanas, también deben representar un cambio del funcionamiento previo; cuando menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

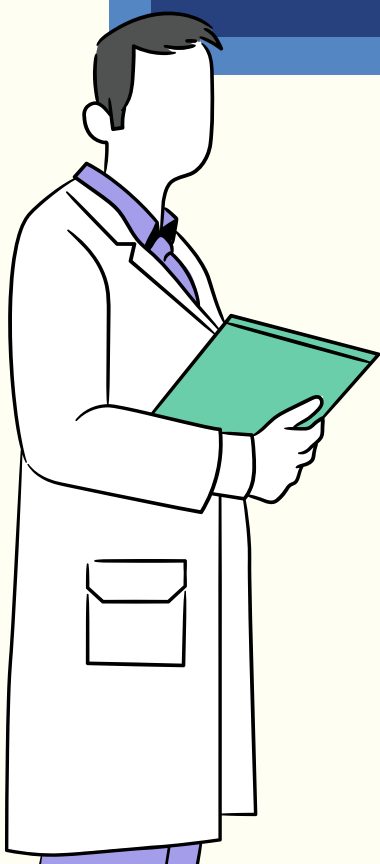
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según la información subjetiva o de la observación por parte de terceros.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.



## Trastorno de Depresión

### Tratamientos:

Podemos encontrar 2 tipos de tratamientos para el trastorno de Depresión, estos son los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos

#### Tratamientos Psicoterapéuticos:

##### *Terapias cognitivo-conductuales:*

Según Sanidad (2014), la intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. “Esta modalidad de terapia psicológica es la que mayor frecuencia de aplicación tiene en este trastorno”.

El terapeuta busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas para casa y ensaye nuevas conductas. La TCC grupal es altamente estructurada y tiene un fuerte componente psicoeducativo. Suele organizarse en 12 sesiones de dos horas realizadas a lo largo de 8 semanas (Sanidad et al,2014)



##### *Terapia interpersonal*

Sanidad (2014) plantea que la terapia interpersonal fue desarrollada como tratamiento para la depresión, aunque su uso se ha extendido a otros trastornos mentales. Se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales y el objetivo es reducir los síntomas a través de la resolución o afrontamiento de áreas problemáticas. Fue creada por Klerman y Weissman 1984.

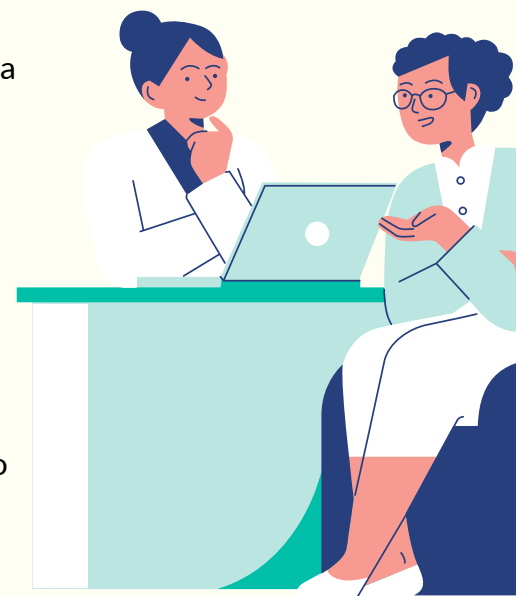


##### *Activación conductual*

La activación conductual es una terapia estructurada y breve, empleada para el trastorno depresivo y depresivo mayor en la que se emplean diferentes técnicas conductuales encaminadas a lograr que el paciente aprenda a organizar su vida y cambiar su entorno para recuperar el reforzamiento positivo (Sanidad et al,2014).

##### *Counselling*

El counselling o consejo psicológico fue inicialmente desarrollado por Carl Rogers, aunque actualmente se ha convertido en un término más genérico que incluye diferentes intervenciones que tienen por objetivo dotar a las personas con capacidades que les permitan explorar, descubrir y buscar formas de bienestar (Sanidad et al,2014).



## Tratamientos:

### Tratamientos farmacológicos:

Sanidad (2014) define los antidepresivos son fármacos dirigidos a mejorar los síntomas asociados a la depresión y existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción. Los efectos secundarios suelen presentarse dentro de los primeros días de iniciar un fármaco debido al aumento de los neurotransmisores implicados, mientras que el efecto clínico de mejoría en los síntomas depresivos puede tardar de 2 a 4 semanas tras el inicio debido a que requiere de estos cambios adaptativos en los receptores.

El tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos y en algunos casos específicos para los leves). Hasta el momento, la gran mayoría de los fármacos utilizados tienen un común denominador: su acción sobre el sistema monoaminérgico.

Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA) (Esparza, 2017).

Los siguientes fármacos mencionados por Esparza (2017) para la depresión son:

**Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS):** El mecanismo de La acción común de este grupo de antidepresivos es la inhibición del transportador de serotonina (SERT), que en condiciones normales reintroduce la serotonina sináptica a la neurona para ser reciclada.

**Antidepresivos tricíclicos (ATC):** Impiden la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, lo que da lugar, por tanto, a un aumento de sus niveles en el encéfalo. Por ello han sido utilizados para impedir la depresión posterior de ingestas de drogas

**Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND):** Ejerce su acción a través de la inhibición del NAT y DAT, lo que incrementa las concentraciones sinápticas de NA y DA.

**Antidepresivos multimodales:** Estos fármacos ejercen su efecto antidepresivo a través de una combinación de múltiples mecanismos de acción: inhibición de varios neurotransmisores

**Inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN):** Son conocidos como antidepresivos "duales". Esto no sólo incrementa las concentraciones sinápticas de 5-HT y NA, sino que también aumenta las concentraciones de DA a nivel de corteza prefrontal.



### Referencias

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.)
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos del Dsm-5(r): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from Dsm-5(r)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association- APA. (2017). *Superando la depresión* [Fact sheet]. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos>
- Borrill, J. (2000) *All About Depression*. Mental Health Foundation. Londres. Nueva Inglaterra. [https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/all\\_about\\_depression.pdf](https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/all_about_depression.pdf)
- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., & Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), 47-58. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.067>
- Del Barrio, M. (1998). Trastornos depresivos. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide, 229-62.
- Esparza, R. P. (2017). Pharmacological treatment of depression: current and future directions. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 60(5), 7-16.
- Sanidad, S. S. E. I. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*.



# Trastorno Afectivo Bipolar

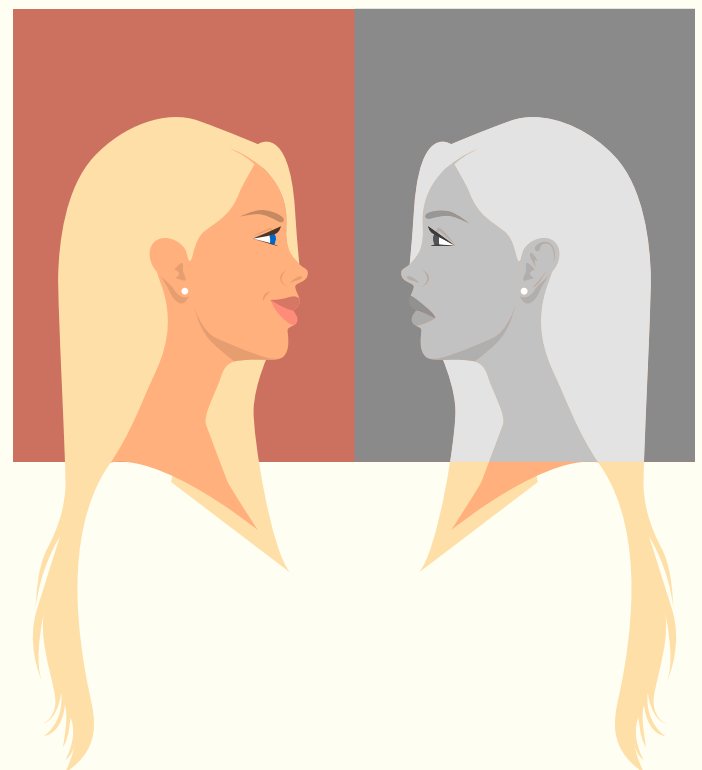
Camargo Garcia Angie Lorena  
Garzón Moreno Ana María  
Osorio Quiceno Gabriel Junior  
Nanclares Cruz Camila Andrea  
Vargas Atencia María Isabel

**E**l trastorno bipolar se conoce como una alteración del estado del ánimo en la cual el individuo puede variar rápidamente de un estado depresivo a uno maniaco o hipomaniaco, provocando gran dificultad en el control de emociones, dichas fluctuaciones de ánimo pueden variar de días a meses “El Trastorno Bipolar (TB) es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos” (Jara, Lana, Schneider & Lemos, 2008, p.22). Martínez, Montalván & Betancourt, (2019) argumentan que “Según la OMS, en octubre de 2015, el 3% de la población mundial (350 millones de personas en el mundo aproximadamente) tienen enfermedad bipolar, presentándose en todas las culturas y razas” (p.469).

## Características

El trastorno bipolar se caracteriza por ser cíclico, en este también se observa grandes cambios en el estado de ánimo, energía, actividad y por lo general se genera una pérdida de habilidad para realizar tareas rutinarias. (Martínez, Montalván & Betancourt, 2019).

Las personas con trastorno bipolar pueden llegar a presentar episodios maníacos, depresivos o mixtos (maníacos y depresivos), estos episodios suelen durar una semana o más (NIMH, s.f).



Recuperado de Elementos Canva

### Signos

#### Episodio Depresivo

En un episodio depresivo suele ser identificado por estar acompañado de un malestar clínico o deterioro en las áreas de ajuste en las que esté involucrado el individuo. Así mismo, es frecuente que el trastorno sea descrito como tristeza o desesperanza, donde en casos los pacientes llegan a negar esos sentimientos, pero es evidente para el entrevistador que es paciente “ está a punto de llorar”, ya que se manifiesta en su lenguaje no verbal, además, suelen enfocarse en expresar sólo las dolencias somáticas para evitar referirse a los sentimientos de tristeza (Aliño, Miyar y American Psychiatric Association, 2008).

Sentimiento exagerado de frustración por cosas irrelevantes. Sus familiares evidencian que se aísla de las relaciones sociales o de cosas que antes te generaban emoción. El paciente aumenta o disminuye de peso (sin hacer régimen), en promedio un 5 % en un mes, además de una fatiga o pérdida de energía casi todo el día. Usualmente el paciente acude a tratamiento porque evidencia que no puede dormir bien o que presenta exceso de sueño (hipersomnia) (Aliño, et al., 2008).

En sus conductas se evidencia que durante la entrevista es incapaz de permanecer sentado o en una posición específica por un determinado tiempo, se trueno o frota las manos, se pellizca. Además, se observa lentitud de respuesta, es decir, movimientos corporales lentos, y respecto a su lenguaje verbal, habla en voz baja, sus respuestas son cortas y sin mucho contenido, incluso puede llegar a un mutismo (Aliño, et al., 2008). Aliño, et al. (2008) postulan en el DSM IV que para llegar a identificar los signos, estos “deben ser bastante graves como para ser observables por los demás y no representar una sensación subjetiva” (p. 392).



### Signos

#### Episodio Maníaco

Aliño, et al. (2008) definen el episodio maníaco como “un periodo elevado concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable” (p. 400) por alrededor de 1 semana.



Recuperado de Elementos Canva

Labilidad del estado de ánimo, donde puede llegar a ser eufórico o anormalmente bueno, donde las personas más cercanas lo reconocen como excesivo, evidenciado en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales (ejemplo, iniciar conversaciones espontáneas y largas con extraños en la calle). Por otro lado, si no se le lleva la contraria a sus deseos, le genera irritabilidad, y esa alternancia entre este ánimo y la euforia (Aliño, et al., 2008).

Exageración de la autoestima, con picos delirantes de grandiosidad, como por ejemplo, brinda información sobre temáticas en las que no tiene especialidad o conocimiento suficiente (Aliño, et al. 2008).

El paciente presenta hiperquinesia, no ve la necesidad de dormir, por lo que se despierta más temprano de lo habitual y se siente lleno de energía, o incluso puede llevar días sin dormir, e incluso no sentirse agotado. Suele haber un aumento en la conducta motora, estar en múltiples actividades, como estar en varios trabajos al tiempo, así mismo, también incluye un aumento de actividades placenteras, como compras excesivas o deseo sexual (Aliño, et al. 2008).

El lenguaje es verborreico, habla muy rápido y fuerte, referido a chistes o sucesos divertidos, y así como es el habla, es el pensamiento, suele ser rápido, incluso más de lo que puede verbalizar, lo que causa fuga de ideas, un lenguaje desorganizado, no correlacional (Aliño, et al. 2008).



Recuperado de Elementos Canva

### Sintomas

Los síntomas del trastorno bipolar se encontrarán en la tabla 1.

Tabla 1

SÍNTOMAS DE UN EPISODIO MANÍACO	SÍNTOMAS DE UN EPISODIO DEPRESIVO
Sentirse muy optimista, animado, eufórico, o bien, extremadamente irritable o sensible.	Sentirse muy decaído, triste o ansioso.
Sentirse sobresaltado o nervioso, más acelerado que de costumbre.	Sentirse más lento o inquieto.
Sentir que sus pensamientos van muy rápido.	Tener problemas para concentrarse o tomar decisiones.
Tener menos necesidad de dormir.	Tener problemas para conciliar el sueño, despertarse muy temprano o dormir demasiado.
Hablar muy rápido sobre muchas cosas diferentes ("fuga de ideas").	Hablar muy despacio, sentir que no tiene nada que decir u olvidar muchas cosas.
Tener un apetito excesivo por la comida, la bebida, el sexo u otras actividades placenteras.	Perder el interés en casi todas las actividades.
Pensar que puede hacer muchas cosas a la vez sin cansarse.	Ser incapaz de hacer hasta cosas sencillas.
Sentir que es inusualmente importante, talentoso o poderoso.	Sentirse sin esperanza o que no tiene valor, o pensar en la muerte o el suicidio.

### Criterios Diagnósticos

#### Episodio Maniaco

- a. Un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos una semana o requiere hospitalización.
- b. Tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es irritable)
  1. *Autoestima o grandiosidad excesivas.*
  2. *Disminución de la necesidad de dormir.*
  3. *Más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente.*
  4. *Fuga de ideas o pensamientos que se suceden a gran velocidad.*
  5. *Distraibilidad.*
  6. *Aumento de la actividad o agitación psicomotora.*
  7. *Implicación excesiva en actividades que conllevan riesgo.*
- c. No existe un episodio mixto.
- d. Deterioro del funcionamiento o necesidad de hospitalización.
- e. No se debe a una enfermedad, al abuso de sustancias psicoactivas o a tratamientos antidepresivos.

#### Episodio Depresivo Mayor

- a. Cinco o más síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas (durante la mayor parte del tiempo) incluyendo un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés o de la capacidad para el placer. Los síntomas representan un cambio con respecto a los niveles previos de funcionamiento y no se deben a una enfermedad médica o a síntomas psicóticos:
  1. *Estado de ánimo deprimido.*
  2. *Notable disminución del interés o del placer.*
  3. *Un cambio significativo (aumento o disminución) en el apetito y/o en el peso.*
  4. *Insomnio o hipersomnia.*
  5. *Retardo o agitación psicomotores.*
  6. *Pérdida de energía o fatiga.*
  7. *Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.*
  8. *Indecisión o disminución de la capacidad para concentrarse.*
  9. *Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio o intento de suicidio.*
- b. No existe un episodio mixto.
- c. Los síntomas provocan un deterioro en el funcionamiento o un malestar clínicamente significativo.
- d. No se debe a una enfermedad ni al abuso de sustancias psicoactivas.
- e. No hay duelo.

### Criterios Diagnósticos

#### Episodio Mixto

- a. Durante el período de una semana, se satisfacen los criterios del episodio maníaco y del episodio depresivo mayor.
- b. Deterioro del funcionamiento o necesidad de hospitalización.
- c. No se debe a una enfermedad, al abuso de sustancias psicoactivas o a tratamientos antidepresivos.

(DSM-IV (APA, 1994) citado por Ramirez-Basco & Thase, pp. 575-576)

### Tratamiento

Principales objetivos de la TCC para el trastorno bipolar son:

1. Educar a los pacientes y a las personas importantes de su entorno sobre el trastorno, su tratamiento y las frecuentes dificultades asociadas con el mismo.

2. Enseñar a los pacientes métodos para registrar la ocurrencia, la gravedad y el curso de los síntomas maníacos y depresivos que permitan una intervención temprana si los síntomas empeorasan.

3. Facilitar la adherencia a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que interfieren con dicha adherencia.

4. Proporcionar estrategias no farmacológicas para afrontar los síntomas conductuales y cognitivos de la manía y de la depresión.

5. Enseñar habilidades para afrontar los problemas psicológicos que desencadenan, o son secuelas de, los episodios depresivos y maníacos. Los siguientes constituyen un resumen de los procedimientos para abordar cada uno de estos objetivos (p.585).

### Tratamiento

Becoña y Lorenzo (2001) postulan que este trastorno no tiene cura, pero existe una variedad de tratamientos que permiten disminuir la severidad y frecuencia de los episodios y mejorar el funcionamiento psicosocial de quienes padecen el trastorno; algunos de los tratamientos son:

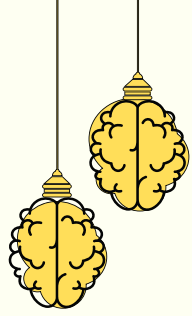
- **Programas de adherencia a la medicina:** Una buena adherencia a los fármacos permite que los pacientes se estabilicen y se evitan las recaídas.
- **Terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual:** En esta terapia se busca aplicar los principios cognitivo-conductuales para generar en los pacientes una adherencia a la medicación, adquieran habilidades o disminuyan los problemas que trae el TB.
- **Terapia familiar y terapia marital:** Actualmente es uno de los tratamientos mayormente implementados, pues se debe entender el entorno en el que vive el paciente, ya sea con su familia o pareja, los episodios del paciente pueden alterar emocionalmente a quienes viven con el y la forma en que estos manejen la situación o como se expresan sobre ella también genera reacciones en el paciente por ende es importante no sólo tratar al paciente sino también preparar a las personas que cuidan de él en el hogar.
- **Terapia interpersonal y de ritmo social:** esta fue desarrollada por Frank et al. (1994), esta se aplica solo al paciente, si se niegan a llevar a cabo una terapia familiar o si este vive solo, se basa en las relaciones e interacciones interpersonales.

No tiene una duración de tiempo específico, pues acá se busca también regular el sueño del paciente, lo cual va de la mano con su estado emocional, y entender que es lo que detona las relaciones interpersonales problemáticas, esto permite mejorar el estado emocional y las relaciones sociales del paciente.



### Referencias

- Aliño, J., Miyar, M., & American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=m6Wdcfn80DwC&oi=fnd&pg=PA1&dq=DSM+5&ots=P9liRZD-Gq&sig=0WSomYh5pwCUyt7neOrlaLxBU74>
- Becoña, E., & Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(Número 3), 511-522. Recuperado de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/790>
- Jara. M, J., Lana. K, L., Schneider. L, S & Lemos. T, K, E. (2008). Trastornos bipolares. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. N° 177. 22-24. Recuperado de: [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista177/5\\_177.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista177/5_177.pdf)
- Martínez, H, O., Montalván, M, O & Betancourt, I, Y. *Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas*. *Rev Méd Electrón*. 2019;41(2):467-482. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me192n.pdf>
- National Institute of Mental Health. (s. f.). Trastorno bipolar. NIH National Institute of Mental Health. Recuperado 12 de abril de 2021, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/index.shtml>
- Ramírez-Basco, M., & Thase, ME. Caballo, V(ed). (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Cap. 18 tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares. Editores, S. A. España. ISBN: 978-84-323-0943-4. Recuperado de: <https://www.academia.edu/download/55454341/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicolc3b3gicos-vol-1.pdf#page=601>



Herrera Ramos María Paula,  
Durán Moreno Vanessa Alexandra  
Montaña Pereira María Fernanda,  
Rodríguez García Danna Michelle  
Tacha Hernández Mariana Natalia

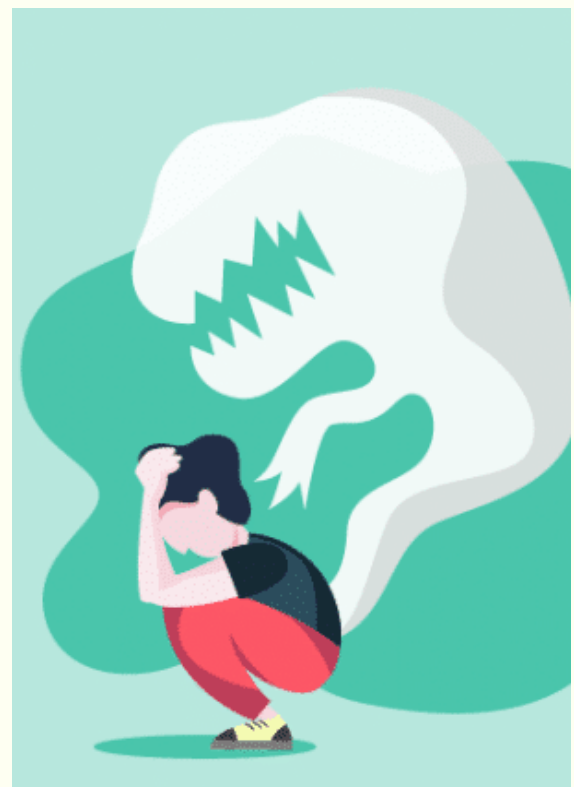
# Trastorno de Ansiedad

**L**a ansiedad es el estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de incomodidad, angustia, miedo, preocupación o excitación, sin embargo, se transforma en una patología cuando es desmedida para la situación y se extiende durante un tiempo prologado (Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo, y Borráez, 2017; Orozco y Vargas, 2012).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) (2018):

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Sin embargo, este criterio temporal pretende servir de guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad y pudiendo ser la duración más corta en los niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo) (p.189).

En el DSM-5 hay una distinción entre diferentes tipos de trastornos de ansiedad, y aquellos se diferencian entre sí respecto al tipo de objetos o situaciones que incitan al miedo, la ansiedad o conductas evitativas, e igualmente varían según la cognición vinculada. Los trastornos descritos en el DSM-5 son: Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Trastorno de ansiedad social (fobia social), Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y Otro trastorno de ansiedad especificado (DSM-V, 2013).



Recuperado de <https://acortar.link/iEXf>

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) relatan que desde las primeras décadas del siglo XX, existe un interés por la ansiedad en la literatura psicológica al considerarla una respuesta emocional paradigmática que ha ayudado a la investigación básica en el ámbito de las emociones. Dichas investigaciones se han desarrollado a lo largo de la historia con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de ansiedad y las dificultades metodológicas para abordarlo. Estos problemas dieron lugar a que las distintas corrientes psicológicas (psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y, las más recientes, cognitiva y cognitivo-conductual) se ocuparan del abordaje de la ansiedad y de las similitudes y diferencias con otros conceptos.

### Características

- Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real, pero que puede afectar gravemente el desempeño a nivel laboral, social y académico (Martínez y López, 2011).
- Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar) y/o al individuo le es difícil controlar la preocupación (Navas y Vargas, 2012).



Recuperado de <https://acortar.link/A9QUG/>

Recuperado de <https://acortar.link/eFoCU>

### Signos y Síntomas

Los síntomas de la ansiedad pueden variar dependiendo su tipo, según el cabe aclarar que pueden ser síntomas físicos, psicológicos y conductuales. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), los síntomas vegetativos son la sudoración, sequedad de la boca, mareo e inestabilidad; a nivel neuromuscular pueden presentar temblor, tensión muscular, cefaleas y parestesias. Por consiguiente, los síntomas cardiovasculares pueden ser palpitaciones, taquicardias y dolor precordial. Al nivel respiratorio, pueden presentar disneas; y al digestivo como vómitos, náuseas, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo. Por último los síntomas genitourinarios que pueden ser de micción frecuente y problemas de la esfera sexual. Seguidamente, están los síntomas de carácter psicológicos y conductuales que son la preocupación y aprensión, sensación de agobio, los sujetos presentan un miedo constante a perder el control, al punto de volverse loco o sentir sensación de muerte inminente. También, tienen dificultad para concentrarse y puede quejarse de pérdida de memoria. Al igual, puede presentar irritabilidad, inquietud y desasosiego. Por último, tiende a las conductas de evitación sobre diferentes situaciones, generando un bloqueo o inhibición psicomotora, volviéndose obsesivo y compulsivo.

Igualmente Navas y Vargas (2012) refieren los siguiente signo y síntomas

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones.





Recuperado de Elementos Canva

### Criterios diagnósticos

De hecho, para diagnosticar la presencia de un trastorno de ansiedad, el DSM (2013) declaró los siguientes criterios:

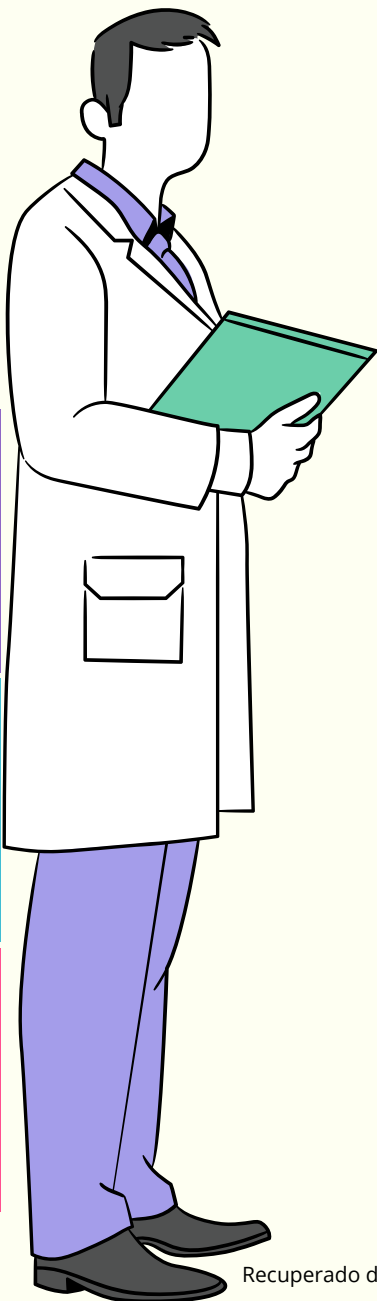
**A.** Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

**B.** Se le es difícil controlar la preocupación.  
La ansiedad se asocia a al menos seis de los siguientes síntomas que han estado presentes durante seis meses:

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)

**D.** Los síntomas físicos de la ansiedad causan malestar clínicamente significativo y en las áreas importantes del funcionamiento como la social, laboral etc.

**E.** La alteración no se puede atribuir a los efectos de una droga ya sea alucinógena o no o a alguna afección médica.



### Comorbilidad

De acuerdo a la coexistencia de dos o más trastornos y/o alteraciones en una misma persona, Roemmers (2016) menciona:

#### *Trastorno depresivo mayor*

El trastorno depresivo mayor se puede evidenciar en un 20% al 36% de los pacientes con trastornos de ansiedad. Igualmente, cerca del 60% y viceversa.

Se asocia con síntomas más graves como disminución de remisión, deterioro funcional y aumento del riesgo de suicidio y de otros trastornos de ansiedad comórbidos.

#### *Trastorno bipolar y psicosis*

Aproximadamente el 14% que padecen trastornos de ansiedad tienen los criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar (TBP) tipo I o II y viceversa. Refiriéndonos a los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la comorbilidad con los trastornos de ansiedad tiene una frecuencia del 10% al 15%.

Esta comorbilidad se asocia con un riesgo de aumento de la depresión y consumo de sustancias lo cual disminuye la calidad de vida y el funcionamiento de las personas también la evolución de cada paciente.

#### *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*

La comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos de ansiedad es común en adultos. Algunos estudios afirman que los pacientes con ansiedad tienen 4 veces más probabilidad de padecer TDAH.

El cuadro más observado es el trastorno de ansiedad social (TAS), seguido por la fobia específica, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).



### Tratamientos

La ansiedad representa un papel importante en la clínica, ya que puede influir en el resultado final de prácticamente todas las enfermedades médicas. Por ello es importante que todos los profesionales de la salud se familiaricen tanto con el diagnóstico como con el tratamiento de la ansiedad. En el caso del tratamiento de la ansiedad, Reyes-Ticas (2010) propone siete de pasos que deberían seguirse en ese proceso y afirma una total efectividad:

**PASO 1 - Establecer una buena relación médico-paciente.** Una forma eficaz de iniciar una excelente relación médico-paciente es el saludo y la presentación.: “Buenos días, soy la Dra. María Paz”. “¿Tiene la amabilidad de decirme su nombre?” En seguida le pregunta: “¿En qué puedo servirle?”. Además, debe escuchar las quejas con atención y sin interrupción, como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de trámites administrativos y de largas horas de espera. Y por último, considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentar los temores en el paciente y en la familia.

**PASO 2 - Establecer una alianza terapéutica.** La alianza terapéutica se basa en la confianza y comprensión. Para ello pueden utilizarse estrategias de valoración idóneas en las que se abarquen los antecedentes del paciente, respuestas cognitivas y situaciones problema que afronta el paciente.

**PASO 3 - Proporcionar psicoeducación.** Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera del tratamiento (incluso los posibles efectos secundarios). Evite siempre decirle “No tiene nada”.

**PASO 4 - Técnicas de relajación.** Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Enséñele a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego se expira el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5.



Recuperado de <https://acortar.link/BjMO6>

## Trastorno de Ansiedad



Recuperado de <https://acortar.link/BjMO6>

PASO 5 -. Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia. Se debe realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de los mismos. Otra técnica al alcance es el entrenamiento en la resolución de problemas, la cual consta de la identificación de los factores desencadenantes de la preocupación excesiva, que acciones realiza el paciente para enfrentarlos. Existen otras técnicas como intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, debriefing, técnica conductual de desensibilización que el médico puede emplear en casos especiales.

PASO 6 - El tratamiento farmacológico debe considerarse como parte de un plan terapéutico. Una vez realizado el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad se debe considerar el empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores de humor y neurolépticos.

PASO 7 - Remisión al especialista en psiquiatría En el caso que el paciente presente comorbilidad psiquiátrica, haya refractariedad al tratamiento, intolerancia a los psicofármacos, riesgo de suicidio, riesgo de abuso de sustancias o requiera atención por conflictos psicológicos especiales, se tiene la oportunidad de solicitar una interconsulta con un especialista en psiquiatría.



Recuperado de <https://acortar.link/BjMO6>

### Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Martínez, M. y López, D. (2011). Trastornos de Ansiedad. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiátrica, 44(3), 101-107. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Madrid; España, Agencia Laín Entralgo. Recuperado de: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf)
- Orozco, W. y Vargas, M. (2012). Trastorno de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista Médica de Costa Rica, (604), 497-5087. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J., y Borráz, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Revista Colombiana de Cirugía, 32(2), 115-120. Recuperado de <https://doi.org/10.30944/20117582.15>
- Reyes, J. (2010). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Biblioteca virtual en salud. Recuperado de <http://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf>
- Roemmers (2016) *Trastornos de ansiedad*. Investigación + documentación S.A. Recuperado de: [https://www.siicsalud.com/pdf/gd\\_roem\\_trastor\\_ansiedad\\_40116.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/gd_roem_trastor_ansiedad_40116.pdf)
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista mal-estar e subjetividade, 3(1), 10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>