

Trastornos relacionados con el estrés y la ansiedad: De la emoción a la clínica

Reacciones a estrés grave, trastornos de adaptación y trastornos neuróticos

Carrera de Medicina – 5to Año | Asignatura: Psiquiatría



estrés y
neurocircuitos



trauma y
respuesta
aguda



enfoque
clínico

Dra. Diana Rivera R - R3 Psiquiatría



Objetivos de la clase

Marco docente y competencias terminales

- ✓ Definir los trastornos: reacción a estrés agudo, TEPT, trastorno de adaptación y trastornos neuróticos.
- ✓ Identificar factores psicosociales y de riesgo a nivel individual, familiar y comunitario.
- ✓ Caracterizar las diferentes entidades clínicas y sus rasgos diferenciales.
- ✓ Describir modalidades terapéuticas y criterios de remisión a psiquiatría.

Ruta de la sesión

- 1 **Estrés y vulnerabilidad**
- 2 **Síndromes ligados al estresor**
- 3 **Neurosis y clasificación**
- 4 **Diagnóstico y tratamiento**

Etiología: interacción sujeto-entorno

Modelo de estrés-vulnerabilidad



La evaluación del sujeto, su resistencia, el soporte social y las redes de apoyo modulan la respuesta final.

Factores de riesgo

Individuales, familiares y comunitarios



Individuales

- Rasgos de personalidad (paranoide, dependiente, antisocial)
- Dificultades de comunicación
- Estrategias de afrontamiento inadecuadas
- Sexo femenino, edad y genética (APF)



Familiares

- Falta de apoyo
- Disfunción familiar
- Maltrato y desapego
- Sobreprotección o comunicación caótica

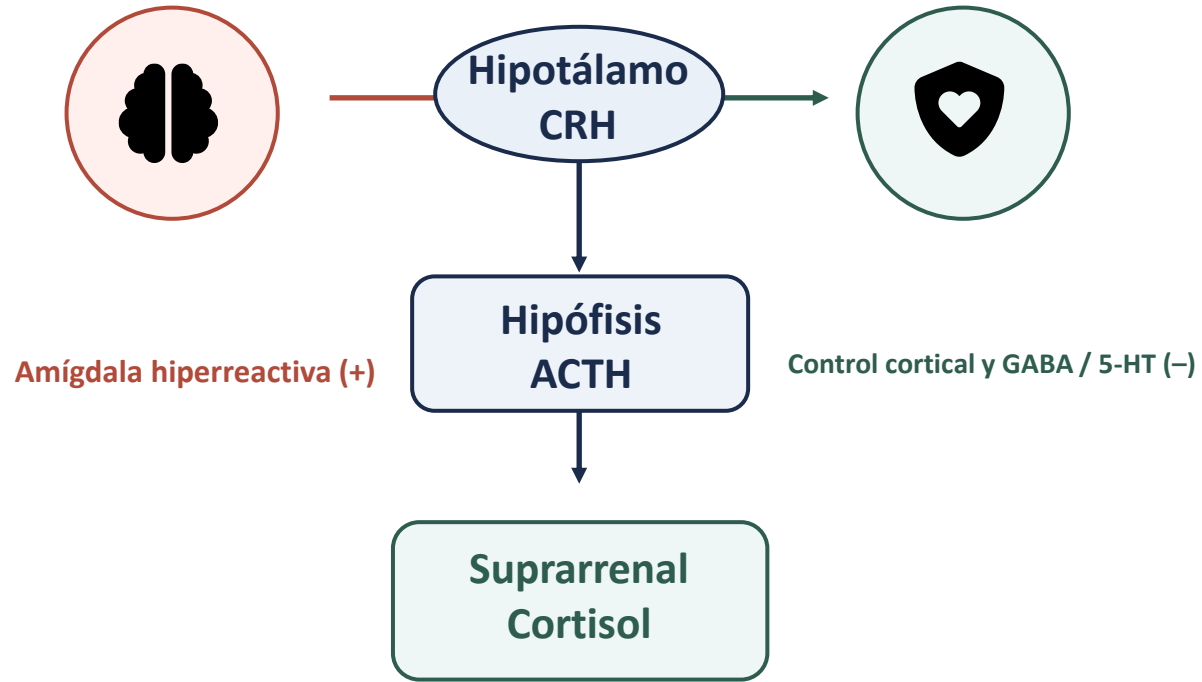


Comunitarios

- Condiciones económicas desfavorables
- Violencia
- Consumo de drogas
- Falta de oportunidades y redes comunitarias

Bases neurobiológicas

Eje HPA y desregulación cortico-límbica



Implicaciones clínicas

- ✓ Hipervigilancia por sobreactivación amigdalар.
- ✓ Circuito cortico-límbico desregulado.
- ✓ CRH, ACTH y cortisol sostienen la respuesta.
- ✓ 5-HT y GABA bajos favorecen ansiedad e insomnio.

alarma sostenida

activación ↑

inhibición ↓

Reacción a estrés agudo

Inicio brusco, duración breve y vínculo temporal estrecho con el trauma

Perfil clínico

- ✓ Instalación súbita y duración breve (< 72 horas).
- ✓ Sucesos excepcionalmente traumáticos: como víctima o espectador.
- ✓ Sujeto previamente sano.
- ✓ Mejoría rápida al suprimir el estresor o al restituir seguridad.

Síntomas dominantes

ansiedad intensa

agitación

aturdimiento

disociación de conciencia



Ventana temporal crítica: la inmediatez al trauma es la clave diagnóstica.

Día 0

0-72 h

Trauma

Reacción aguda

Trastorno de estrés postraumático

Trauma severo, latencia y reexperimentación persistente

Crterios orientadores

- ✓ Situación traumática de gran estrés.
- ✓ Período de latencia: semanas hasta 6 meses.
- ✓ Personalidad previa sana.
- ✓ Evitación de estímulos asociados al evento.

Síntomas cardinales

flashbacks

insomnio

irritabilidad

anhedonia

hipervigilancia

sobresalto



Reexperimentación y evitación cierran un circuito que perpetúa el cuadro.

Día 0

Semanas

> 1 mes

Trauma

Latencia

TEPT

Trastorno de adaptación

Respuesta desproporcionada a cambios biográficos no catastróficos

Estresores típicos



casarse o divorciarse



empezar estudios



ser padre / madre



cambios laborales

Reglas temporales y subtipos

- ✓ Aparece hasta 90 días después del suceso.
- ✓ Duración menor de 6 meses, excepto reacción depresiva prolongada.
- ✓ Síndromes clínicos: ansioso, depresivo, mixto, neurasteniforme.
- ✓ En niños y adolescentes puede acompañarse de trastornos de conducta.

≤ 90 días postestresor

duración < 6 meses

evento no catastrófico

09 Trastornos neuróticos: definición y epidemiología

Concepto clásico y magnitud asistencial

Definición operativa

Enfermedad psiquiátrica funcional relativamente benigna, con personalidad endeble que facilita una expresión desproporcionada de ansiedad ante contingencias ambientales menores. Suele evolucionar de manera crónica con fases de mejoría y agudización.

Epidemiología docente

≈ 1/3

de las consultas
psiquiátricas

0.1–
10%

morbilidad según
región

↔


sin gran diferencia
por sexo


Puntos finos


- ✓ Sin diferencias significativas por raza o nivel socioeconómico.
- ✓ La categoría “neurótica” conserva valor histórico y semiológico docente.

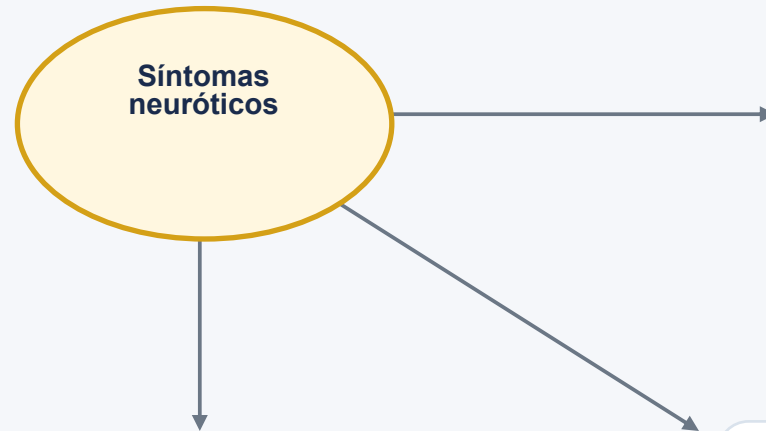
10 Etiopatogenia


Modelo integrador: ambiente, constitución, aprendizaje y evitación


 **Factores ambientales**
estrés, vínculos, pérdidas

 **Factores constitucionales**
tipo de sistema nervioso / temperamento

 **Mecanismos conscientes e inconscientes**
conflicto psíquico



 **Aprendizaje**
Pavlov: condicionamiento • modelo del mono: operante

 **Evitación**
alivia en corto plazo, perpetúa el problema

11 Clasificación de los trastornos neuróticos (GC-3)

Parte 1



Ansiedad fóbica

Miedo irracional, evitación y ansiedad anticipatoria.
Ejemplos: agorafobia, claustrofobia, aracnofobia.



Otros trastornos de ansiedad

Crisis de pánico, ansiedad generalizada y formas mixtas ansiedad–depresión.



Trastorno obsesivo-compulsivo

Egodistonía, crítica conservada, rumiaciones y actos compulsivos ritualizados.

Clasificación de los trastornos neuróticos

Parte 2



Disociativo / conversión

Invalidez funcional por mecanismos emocionales, con ganancia secundaria. Puede afectar conciencia, motricidad o sensibilidad.



Somatomorfos

Síntomas físicos persistentes sin correlato orgánico suficiente, con elevada búsqueda asistencial.



Otros neuróticos

Neurastenia y despersonalización–desrealización como expresiones de agotamiento, extrañeza o desconexión subjetiva.

Neurastenia: irritabilidad, disforia, cólera, fatigabilidad fácil, alteración de atención/memoria, hiperestesia a ruidos y sueño no reparador.

Diagnóstico diferencial

Siempre descartar causas orgánicas y sustancias antes de cerrar un diagnóstico psiquiátrico

Causas orgánicas / sustancias	Trastornos psiquiátricos
Hipertiroidismo, arritmias, EPOC	Trastorno de pánico, TAG
Abstinencia de alcohol o benzodiazepinas	TEPT, trastorno de adaptación
Feocromocitoma	Trastorno de ansiedad
Epilepsia del lóbulo temporal	Trastorno disociativo



Regla operativa: si el cuadro parece psiquiátrico, primero demostrar que no es médico o tóxico.

Manejo terapéutico integral

Intervención biológica, psicológica y social



Biológico

Antidepresivos tricíclicos, ISRS, duales, ansiolíticos, neurolépticos a bajas dosis y fitofármacos.

integrar

personalizar



Psicológico

Relación médico–paciente, apoyo, información, persuasión, técnicas de relajación y grupos de autoayuda.

integrar

personalizar



Social

Redes de apoyo familiar, laboral y comunitaria; orientación a líderes e inserción laboral o educativa.

integrar

personalizar

15 Criterios de remisión a psiquiatría y pronóstico

Riesgo, complejidad terapéutica y curso esperado

Remitir si aparece:

- ✓ Ideación suicida.
- ✓ Mala respuesta al tratamiento.
- ✓ Necesidad de psicoterapia grupal u hospitalización parcial.
- ✓ Combinaciones terapéuticas complejas.

Pronóstico orientador

Estrés agudo y adaptación

Buen pronóstico; remiten al eliminar el estresor o restituir el equilibrio.

TEPT y TAG

Pueden cronificarse sin tratamiento oportuno.

Trastornos neuróticos

Curso crónico con exacerbaciones; pronóstico de brote suele ser bueno.

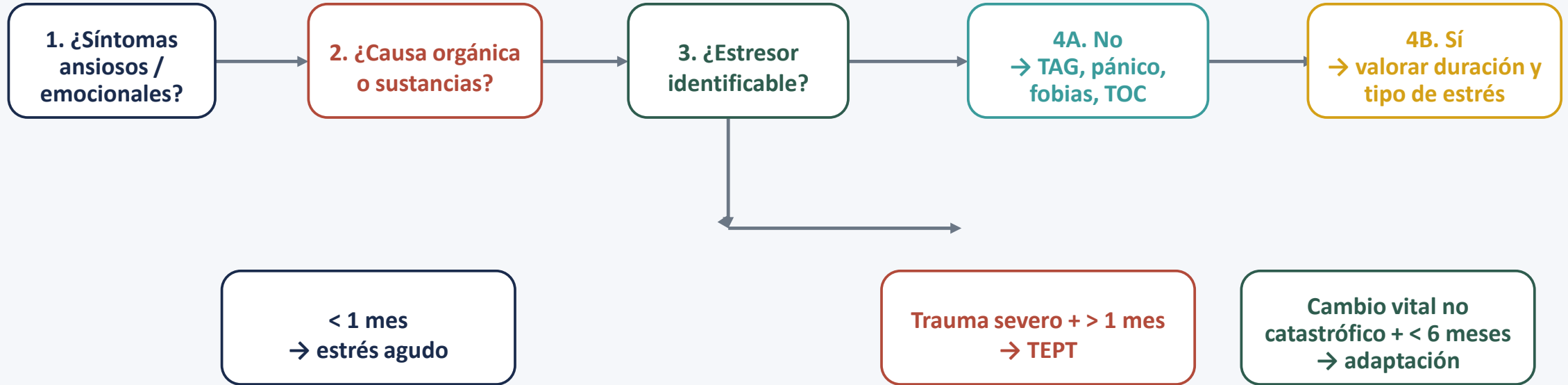
Puntos clave para el examen

Perlas clínicas de alto rendimiento

- 💡 **Estrés agudo:** < 72 h. TEPT: > 1 mes, usualmente con latencia.
- 💡 **Trastorno de adaptación:** ≤ 3 meses postestrés, duración < 6 meses.
- 💡 **TOC:** egodistónico y con crítica conservada; no confundir con psicosis.
- 💡 **Conversión:** existe ganancia secundaria y no debe hallarse causa orgánica suficiente.
- 💡 **Neurastenia:** fatiga + irritabilidad; no etiquetarla sin más como depresión.
- 💡 **Fobias:** evitación + ansiedad anticipatoria.
- 💡 **Pánico vs. cardiaco:** siempre descartar orgánico primero.

17 Algoritmo diagnóstico paso a paso

Del síntoma al encuadre sindrómico



Trastorno	Estrésor	Tiempo	Síntoma cardinal
Estrés agudo	Trauma severo	0–72 h	ansiedad / disociación inmediatas
TEPT	Trauma severo	> 1 mes	flashbacks + evitación + hipervigilancia
Adaptación	Cambio vital	≤ 90 d; < 6 m	malestar desproporcionado
Neuróticos	No siempre evidente	curso crónico	ansiedad, evitación, obsesiones, somatización

Referencias y reflexión final

Cierre académico

Bibliografía

- Colectivo de Profesores UCM Habana. 2013.
- González Menéndez R. Clínica Psiquiátrica Básica Actual. 2006.
- González Menéndez R. Terapéutica Psiquiátrica Integral. 2008.
- Van Noppen B. et al. Aprender a vivir con el TOC. 2011.

“**La incapacidad para tolerar la ambigüedad es la raíz de todas las neurosis.**”

— Sigmund Freud

Cierre sugerido: la clínica del estrés exige precisión temporal, escucha fina y descarte médico sistemático.