

Trastorno de ansiedad y estrés: diagnóstico y manejo clínico

Manuel Humberto Rodríguez Perdomo

COLABORADORES

Julissa Katherine Amores Olivares

Nahomi Janira Cango Piedra

Trastorno de ansiedad y estrés: diagnóstico y manejo clínico

Manuel Humberto Rodríguez Perdomo

COLABORADORES

Julissa Katherine Amores Olivares
Nahomi Janira Cango Piedra

ISBN: 9789-942-33-964-5

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942339645>



© **Dr. Manuel Humberto Rodríguez Perdomo, Esp**

Especialista de Primer Grado en Psiquiatría
Docente. Universidad Técnica de Machala. Ecuador.
mrodriguez@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-3538-9245>

COLABORADORES

Julissa Katherine Amores Olivares

Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de Machala. Ecuador
jamores1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0002-0829-5483>

Nahomi Janira Cango Piedra


Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de Machala. Ecuador.
ncango1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-2958-1355>

Primera edición, 2025-10-25

ISBN: 9789-942-33-964-5

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942339645>

Distribución online

 Acceso abierto

Cita

Perdomo, M. (2025) Trastorno de ansiedad y estrés: diagnóstico y manejo clínico. Editorial Grupo Compás

Este libro es parte de la colección de la Universidad Técnica de Machala y ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

ÍNDICE

TRASTORNO DE ANSIEDAD Y ESTRÉS: DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO	1
TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO	5
INTRODUCCIÓN.....	5
DESARROLLO	7
BIBLIOGRAFÍA.....	23
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	26
OBJETIVO GENERAL.....	27
DESARROLLO	27
TRATAMIENTO.....	53
TRASTORNOS FÓBICOS	62
INTRODUCCIÓN.....	62
ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	63
OBJETIVO GENERAL.....	65
DESARROLLO	65
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10 (F40.1):.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	89
TRASTORNO AGORAFÓBICO	95
INTRODUCCIÓN.....	95
OBJETIVO GENERAL	96
DESARROLLO	97

EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	98
DEFINICIÓN	100
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC).....	121
INTRODUCCIÓN.....	121
OBJETIVO GENERAL	122
DESARROLLO	122
ETIOLOGÍA.....	125
FACTORES PSICOSOCIALES	132
DIAGNÓSTICO Y CUADRO CLÍNICO.....	133
TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	155
BIBLIOGRAFÍA.....	165
TRASTORNOS DISOCIATIVOS.....	169
OBJETIVO GENERAL:.....	170
DESARROLLO	171
FORMAS CLÍNICAS	177
INTRODUCCIÓN.....	189
DESARROLLO	190
EPIDEMIOLOGÍA	191
DIAGNÓSTICO.....	200
MANEJO TERAPÉUTICO.....	204

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Introducción

El trastorno por estrés agudo (TEA), según el DSM-IV-TR, se manifiesta tras la exposición a un evento traumático significativo, como una violación, accidente, tortura, incendio, entre otros. Aunque sus síntomas son similares a los del trastorno por estrés postraumático (TEPT), el TEA se caracteriza por resolverse en un plazo menor a cuatro semanas. Este trastorno surge debido a los mismos factores estresantes que desencadenan el TEPT y no se diagnostica si los síntomas persisten por más de un mes.

La etiología del TEA está directamente relacionada con la exposición a un evento traumático e impactante, como la muerte, lesiones graves o violencia sexual. El evento debe ser extremadamente grave y causar un impacto considerable en la persona que lo experimenta, presencia o escucha.

Las características diagnósticas del TEA incluyen la aparición de ansiedad y síntomas disociativos dentro del mes siguiente al evento traumático. Los criterios diagnósticos específicos requieren la presencia de al menos tres síntomas disociativos, tales como sensación de embotamiento, desapego del entorno, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa. Además, el evento traumático es revivido recurrentemente, y la

persona muestra una fuerte evitación de estímulos que recuerdan el trauma, junto con síntomas significativos de expectativa angustiada, vigilancia y escrutinio con reacciones autonómicas múltiples o aumento de la activación.

Estos síntomas deben causar un malestar clínico significativo e interferir notablemente en la vida del individuo, con una duración que varía entre 2 días y 4 semanas después del evento traumático. El TEA no debe ser atribuido a los efectos fisiológicos de sustancias, enfermedades médicas, ni debe ser una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

Las personas con TEA pueden mostrar una disminución en la reactividad emocional, dificultad para encontrar placer en actividades previamente disfrutadas, sentimientos de culpabilidad, dificultad para concentrarse, y síntomas disociativos como desrealización y amnesia. La reexperimentación del evento traumático, la evitación de estímulos asociados y el aumento de la activación emocional y física son características comunes del trastorno. La intervención temprana es crucial para prevenir la progresión a TEPT y mejorar la calidad de vida del individuo afectado.

Objetivo General

Analizar de manera integral el trastorno por estrés agudo (TEA), abordando sus características clínicas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, con el fin de aumentar la comprensión sobre esta condición psicológica y promover estrategias efectivas para su prevención y manejo en la práctica clínica.

Desarrollo

Definición

Según el DSM-IV-TR, el trastorno por estrés agudo se manifiesta después de un evento traumático significativo (como una violación, accidente, tortura, incendio, etc.) Este surge debido a los mismos factores estresantes que desencadenan el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Aunque los síntomas son similares, el trastorno agudo se resuelve en un plazo de menos de cuatro semanas ¹. No se diagnostica si los síntomas persisten por más de un mes ².

Etiología y factores desencadenantes

El Trastorno por Estrés Agudo es causado por la exposición a un evento traumático e impactante, que puede estar relacionado con la muerte (como un suicidio, accidente mortal o asesinato), una lesión grave (como resultar gravemente herido en un accidente), o la violencia sexual

(como una violación). En resumen, el evento debe ser de una gravedad considerable y muy impactante para la persona que lo experimenta, presencia o escucha³.

Características diagnósticas

La característica principal del trastorno por estrés agudo es la aparición de ansiedad y síntomas disociativos, entre otros, dentro del mes siguiente a un evento traumático extremo (Criterio A)⁴.

Durante o después del trastorno, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos⁴:

- Sensación de embotamiento (Criterio B).
- Desapego o irrealidad del entorno (Criterio B).
- Desrealización (Criterio B).
- Despersonalización (Criterio B).
- Amnesia disociativa (Criterio B).

Tras el evento traumático, este es revivido de manera recurrente (Criterio C); la persona muestra una fuerte evitación de estímulos que recuerdan el trauma (Criterio D) y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de la activación (Criterio E)⁴.

Estos síntomas causan un malestar clínico significativo, interfieren notablemente en la vida del individuo o afectan su capacidad para realizar tareas esenciales (Criterio F). Las

alteraciones duran entre 2 días y 4 semanas después del evento traumático (Criterio G). Este trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica, no se explica mejor por un trastorno psicótico breve y no es una exacerbación de un trastorno mental preexistente (Criterio H)⁴.

Como respuesta al evento traumático, el individuo presenta síntomas disociativos. Las personas con trastorno por estrés agudo suelen mostrar una disminución en la reactividad emocional, lo que a menudo se traduce en dificultad o incapacidad para encontrar placer en actividades que antes disfrutaban y con frecuencia experimentan un sentimiento de culpabilidad. A veces, tienen dificultades para concentrarse, se sienten separados de su cuerpo, perciben el mundo como irreal o fantástico, o tienen una incapacidad progresiva para recordar detalles específicos del evento traumático (amnesia disociativa). Además, deben presentar al menos un síntoma de cada grupo requerido para el diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático. Inicialmente, el evento traumático se revive repetidamente (p. ej., recuerdos, imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback, sensación de revivir el evento o malestar al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma). Luego, estos estímulos provocan comportamientos de evitación. Finalmente, se observa un

aumento de la activación en respuesta a estos estímulos ⁴.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3].

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3]
A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2).
(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos.
(1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
(2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
(3) Desrealización.
(4) Despersonalización
(5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
C. El acontecimiento traumático es reexperimentado

persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático .

Fuente: American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. 2014 ⁴.

Síntomas

En el trastorno por estrés agudo, pueden presentarse síntomas de desesperación y desesperanza, que a veces son tan intensos y persistentes que cumplen con los criterios para el trastorno depresivo mayor, lo cual justificaría un diagnóstico adicional ⁴. Si el evento traumático resultó en la muerte o heridas graves de otras personas, el individuo puede sentirse culpable por haber sobrevivido o por no haber ayudado lo suficiente ⁴. Las personas con este trastorno suelen percibirse como las principales responsables de las consecuencias del evento ⁴. Poco después del trauma, pueden surgir múltiples problemas debido a la negligencia del individuo hacia su salud y seguridad. Estas personas tienen un mayor riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático y pueden mostrar comportamientos impulsivos o de riesgo después del trauma ⁴.

Aunque ciertos eventos son generalmente traumáticos para

la mayoría de las personas, la intensidad y tipo de respuesta pueden variar según las diferencias culturales en la valoración de las pérdidas humanas. También existen estrategias de adaptación propias de culturas específicas. Por ejemplo, los síntomas disociativos pueden ser una respuesta predominante al estrés agudo en culturas donde estos comportamientos son aceptados ⁴.

El trastorno por estrés agudo en niños puede manifestarse a través de recuerdos recurrentes y pesadillas sobre el evento traumático, así como estados disociativos donde sienten que el evento se repite. Experimentan estrés al enfrentarse a estímulos que les recuerdan el suceso y hacen esfuerzos por evitar dichos recuerdos, pensamientos y situaciones estresantes. Los síntomas también incluyen irritabilidad, problemas para dormir, hipervigilancia, dificultades para concentrarse, estado de ánimo negativo, y comportamientos confusos, aturridos o indiferentes ⁵.

El segundo criterio del Trastorno por Estrés Agudo requiere la presencia de nueve o más síntomas de cinco categorías: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta. Estos síntomas comienzan o se agravan después del evento traumático ⁶.

1. Intrusión: Incluye recuerdos involuntarios y angustiantes del suceso que se repiten de manera recurrente. En los niños, esto puede manifestarse a través de juegos que reflejan aspectos del evento

traumático. También pueden presentarse sueños recurrentes del evento, reacciones disociativas y un malestar psicológico significativo ⁶.

2. Estado de ánimo negativo: Se caracteriza por la incapacidad de experimentar emociones o sensaciones positivas ⁶.
3. Disociación: Puede incluir una percepción alterada de la realidad o de uno mismo, así como la incapacidad de recordar el suceso o partes del mismo ⁶.

Prevalencia

La incidencia del trastorno por estrés agudo en individuos expuestos a eventos traumáticos extremos varía por la gravedad del trauma y su duración como por el nivel de exposición al mismo. Tanto la intensidad de la respuesta como el tipo de síntomas pueden estar modulados por factores culturales ⁷.

De acuerdo con el DSM-5, entre los sobrevivientes de eventos traumáticos interpersonales, como agresiones, violaciones o tiroteos masivos, la prevalencia del trastorno de estrés agudo oscila entre el 20 y el 50 por ciento. Por otro lado, la prevalencia es inferior al 20 por ciento entre aquellos que han experimentado eventos traumáticos que no implicaron agresiones interpersonales, como accidentes

automovilísticos, lesiones cerebrales traumáticas leves o quemaduras⁴.

Curso

Los síntomas del trastorno por estrés agudo aparecen durante o inmediatamente después del trauma, duran al menos 2 días y, o bien se resuelven en las primeras 4 semanas tras el evento traumático, o el diagnóstico debe ser revisado. Si los síntomas persisten más de 1 mes, podría ser apropiado considerar un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, siempre y cuando se cumplan todos sus criterios diagnósticos⁸.

Los factores más importantes relacionados con la probabilidad de desarrollar un trastorno por estrés agudo son la intensidad, la duración y la cercanía de la exposición al evento traumático. La teoría del condicionamiento del miedo es el principal modelo explicativo del estrés traumático en el Trastorno de Estrés Agudo (TEA). Esta teoría postula que el miedo experimentado durante un evento traumático se modera a través de asociaciones fuertes entre diversos estímulos relacionados con dicho trauma. Estos estímulos, al ser nuevamente experimentados, desencadenan reflejos condicionados en la persona, manifestándose en síntomas como recuerdos intrusivos y reacciones fisiológicas intensas. La teoría sugiere la existencia de una red compleja de miedos

interconectados, donde las estructuras psicológicas se desarrollan basadas en creencias de amenaza extrema, lo que perpetúa la reexperimentación del trauma y la percepción de peligro continuo ⁹.

Diversos estudios indican que la aparición del trastorno por estrés agudo puede estar influenciada por múltiples factores, tales como la calidad del apoyo social recibido, los antecedentes familiares, las experiencias vividas durante la infancia, las características de la personalidad y la presencia de trastornos mentales previos. Estos elementos interactúan y pueden aumentar la susceptibilidad de una persona a desarrollar este trastorno tras un evento traumático⁸.

El análisis de los trastornos de ansiedad y estrés requiere un enfoque interdisciplinario, ya que estos trastornos involucran factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí. Si es mantenido de forma crónica, puede contribuir al desarrollo de enfermedades reales (hipertensión, úlceras, depresión, erupciones cutáneas, picazón o urticaria, sudoración excesiva, caída del cabello, brotes de acné o eccemas, cambios en el apetito o en el peso, entre otras. La integración ocurre cuando las diferentes disciplinas encargadas de la atención de los factores mencionados como medicina interna, endocrinología, cardiología, entre otras colaboran compartiendo información, diseñando intervenciones

conjuntas como programas de tratamiento integral y evaluando los resultados desde múltiples perspectivas.

Diagnostico diferencial

Después de un evento traumático, es común experimentar síntomas que son comprensibles y razonables dadas las circunstancias. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno por estrés agudo solo debe considerarse si estos síntomas persisten durante al menos dos días y causan un malestar clínico significativo, interfieren notablemente con las actividades diarias del individuo o afectan su capacidad para realizar tareas esenciales, como buscar ayuda o comunicarse con la familia sobre lo ocurrido ⁸.

Es crucial distinguir el trastorno por estrés agudo de otros trastornos mentales como aquellos ocasionados por enfermedades médicas, como el traumatismo craneoencefálico, así como del trastorno relacionado con sustancias, como la intoxicación por alcohol, los cuales también pueden surgir como resultado de experiencias extremadamente estresantes ⁸.

Es importante resaltar que en ciertos casos, después de tales eventos, pueden presentarse síntomas psicóticos en algunos individuos. En estas circunstancias, se recomienda diagnosticar el trastorno como psicosis breve en lugar de trastorno por estrés agudo. Si posterior al evento traumático se manifiesta un episodio depresivo mayor, se

debe contemplar además el diagnóstico de trastorno depresivo mayor junto con el trastorno por estrés agudo. Es importante evitar diagnosticar únicamente el trastorno por estrés agudo si los síntomas son una exacerbación de un trastorno mental preexistente ⁸.

El trastorno de estrés agudo (TEA) se caracteriza por la manifestación de respuestas agudas de estrés que surgen en un plazo de 1 mes tras la exposición a un evento traumático. Estas respuestas incluyen la experiencia de recuerdos invasivos del trauma, la evitación de estímulos asociados al evento traumático, alteraciones en el estado de ánimo, síntomas disociativos como la desrealización y la amnesia, así como la evitación activa de cualquier recordatorio del evento y un aumento en la excitación general. En caso de que estos síntomas persistan significativamente más de cuatro semanas, es pertinente considerar un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) ⁹.

En los individuos que presentan síntomas que surgen dentro de los primeros tres meses tras el factor o factores estresantes y no persisten más allá de seis meses después de que el factor estresante haya cesado, se debe evaluar la posibilidad de diagnosticar trastorno adaptativo ¹⁰.

Tratamiento y manejo del TEA

Las reacciones traumáticas agudas se tratan tradicionalmente facilitando la expresión de los afectos e imágenes relacionadas con el trauma. Permitir que el paciente narre lo sucedido suele ser beneficioso, ya que puede ayudar a minimizar la disociación que tiende a ocurrir. De lo contrario, esta disociación podría conducir a una morbilidad crónica y severa⁷. El manejo del trastorno por estrés agudo típicamente involucra el empleo de fármacos y terapia psicológica. Estas modalidades terapéuticas pueden aplicarse de manera alternada o combinada, dependiendo de la severidad de los síntomas presentes ¹¹.

Medidas generales

Seguridad del paciente: Garantizar que el paciente esté a salvo después del evento traumático y que sepa dónde buscar ayuda en caso de emergencia, como alimentos y refugio ⁹.

Salud física: Durante y después de experiencias traumáticas, la salud física puede verse comprometida. Es crucial que la persona afectada mantenga, en la medida de lo posible, un horario regular de alimentación, sueño y ejercicio. El uso de medicamentos sedantes, como benzodiazepinas, y de sustancias intoxicantes, como el alcohol, debe ser moderado si se consumen. El apoyo práctico abarca la asistencia con vivienda, apoyo legal, seguros y otros aspectos que pueden resultar abrumadores ⁹.

Apoyo emocional: Los pacientes pueden recibir consuelo emocional de amigos cercanos o familiares. En ausencia de estos, los proveedores de atención médica pueden ofrecer apoyo explicando el pronóstico, el desarrollo del trastorno y las habilidades para enfrentar el TEA ⁹.

Apoyo práctico: El proceso posterior a un evento traumático puede ser abrumador. El paciente probablemente necesitará ayuda con la denuncia policial, la búsqueda de proveedores de servicios, la licencia laboral y el seguro médico. Si hay discapacidad debido a un

accidente, también podría requerir asistencia médica adicional ⁹.

Seguimiento: Se recomiendan visitas regulares durante seis meses para todos los pacientes que hayan experimentado un evento traumático significativo .

Evaluación de tendencias suicidas: Es vital evaluar a los pacientes en cada visita para detectar posibles tendencias suicidas, especialmente en aquellos con factores de riesgo de suicidio o enfermedades psiquiátricas comórbidas, como la depresión ⁹.

Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se destaca como una de las modalidades terapéuticas más frecuentemente empleadas en individuos con trastorno por estrés agudo. Suele aplicarse una vez que la persona ya no está expuesta al evento traumático y ha alcanzado cierto nivel de estabilidad en su vida ¹¹.

Esta psicoterapia comprende tres componentes fundamentales:

- La fase inicial implica educar al paciente, lo que constituye un paso crucial. Se busca normalizar y explicar la respuesta al estrés, al tiempo que se recuerda al individuo que los síntomas deberían mejorar con el tiempo ¹².

- La reestructuración cognitiva tiene como objetivo corregir los pensamientos desadaptativos que el paciente pueda tener acerca del trauma o su respuesta personal al mismo ¹².
- La exposición a los recuerdos traumáticos o a estímulos seguros relacionados con las experiencias traumáticas representa una parte esencial, aunque desafiante, de la terapia. Al revivir estas experiencias, el paciente puede procesarlas de manera más efectiva ¹².

La terapia cognitivo-conductual (TCC) enfocada en el trauma suele posponerse por lo menos dos semanas después del evento traumático. Este lapso permite que la mayoría de las circunstancias se estabilicen y brinda a los pacientes cierta distancia de las complicaciones agudas asociadas, como el peligro inminente, el dolor físico, procedimientos quirúrgicos o cambios de ubicación geográfica ¹².

Farmacoterapia

Generalmente, el uso de fármacos no es la primera opción terapéutica que se contempla para abordar el trastorno por estrés agudo. No obstante, en situaciones graves, podría considerarse su uso en combinación con la psicoterapia ¹¹.

El empleo a corto plazo de benzodiazepinas puede resultar beneficioso para pacientes que sufren de insomnio, ansiedad y agitación; sin embargo, su uso prolongado parece entorpecer el proceso de recuperación. Aunque

ciertos subgrupos de pacientes con trastorno por estrés agudo pueden experimentar alivio con medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), el propranolol o la morfina, la evidencia sobre su eficacia aún no es concluyente. Un estudio retrospectivo llevado a cabo en el ejército estadounidense sugirió que el uso de morfina después de un trauma físico grave reducía el riesgo de desarrollo posterior de trastorno de estrés postraumático (TEPT); sin embargo, este enfoque no ha sido investigado de manera exhaustiva ¹².

El tratamiento del TEA implica una combinación de intervenciones psicoterapéuticas y, en casos severos, farmacológicas. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las formas más efectivas de tratamiento, enfocándose en la reestructuración de pensamientos disfuncionales y la exposición controlada a recuerdos traumáticos. Además, el uso cuidadoso de medicamentos puede ser beneficioso en el manejo de síntomas agudos como la ansiedad y el insomnio, aunque su uso prolongado debe ser evitado. En conjunto, estas estrategias de tratamiento buscan proporcionar alivio sintomático, mejorar la calidad de vida y prevenir la transición a trastornos más crónicos como el TEPT.

Bibliografía

- Psiquiatria.com. Estrés agudo (trastorno por). :2024.
Aviable: <https://psiquiatria.com/glosario/estres-agudo>
- Sadock Benjamin, Ahmad Samoon, Sadock Virginia.
Kaplan y Sadock Manual de bolsillo de Psiquiatria
Clínica. 6 ed.Wolters Kluwer. 2018.
- Stockly OR, Wolfe AE, Goldstein R, Roaten K, Wiechman S,
Trinh NH, et al. Predicting Depression and
Posttraumatic Stress Symptoms Following Burn Injury: A
Risk Scoring System. Journal of Burn Care and
Research. 2022;43(4):899-905.
- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los
Criterios Diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 2014.
Available from: www.appi.org.
- Child Mind Institute. Información básica sobre el trastorno
de estrés agudo. 2023.Aviable from:
[https://childmind.org/es/articulo/informacion-basica-
sobre-el-trastorno-por-estres-agudo/](https://childmind.org/es/articulo/informacion-basica-sobre-el-trastorno-por-estres-agudo/)
- Ruiz Mitjana L. Trastorno por Estrés Agudo: síntomas,
causas y tratamiento. Psicología y Mente. 2019;1-10.
- Lastra Martínez I, Mateos JLA. Trastornos neuróticos
secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
(IV). Reacciones a estrés grave y trastornos de
adaptación.2020.
- World Health Organization. Clasificación Estadística
Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud. OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995.

Fanai M, Moien ;, Khan AB. Acute Stress Disorder Continuing Education Activity [Internet]. 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560815/>

Zapata-Ospina JP, Sierra-Muñoz JS, Cardeño-Castro CA. Diagnosis and treatment of adjustment disorder in primary care. Vol. 47, Semergen. Ediciones Doyma, S.L.; 2021. p. 197-206.

Toketemu Ohwovoriole. MANEJO DEL ESTRÉS EFECTOS SOBRE LA SALUD [Internet]. 2023. Available from: <https://www.verywellmind.com/what-is-acute-stress-disorder-5207934>

Barnhill JW, York-Presbyterian Hospital N. Acute Stress Disorder (ASD) [Internet].2023 Available from: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related-disorders/acute-stress-disorder-asd?query=acute>.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed.). Washington, DC: Autor.

Lang, A. J., Hamblen, J. L., Holtzheimer, P., Kelly, U., Norman, S. B., Riggs, D., Schnurr, P. P., & Wiechers, I. (2024). A clinician's guide to the 2023 VA/DoD clinical practice guideline for management of posttraumatic

stress disorder and acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 37(1), 19-34.
<https://doi.org/10.1002/jts.23013>

Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. (2023). VA/DoD clinical practice guideline for management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder (Version 4.0). U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

healthquality.va.gov. McFarlane, A. C., & Bryant, R

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Introducción

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es una condición psiquiátrica que surge como respuesta a experiencias traumáticas significativas. El TEPT tiene raíces históricas profundas, reconocidas a lo largo de la historia bajo diferentes nombres y contextos culturales. Desde las primeras guerras hasta los desastres naturales contemporáneos, el TEPT ha afectado a individuos de todas las épocas y lugares.

La epidemiología del TEPT revela su impacto generalizado en la población, aunque la prevalencia varía según los factores sociales, culturales y demográficos. En el caso de la etiología del TEPT es multifactorial, influenciada por factores neurobiológicos, ambientales y sociales que contribuyen a su desarrollo y manifestación.

Este trastorno puede manifestarse de diversas formas, incluyendo la reexperimentación del trauma a través de recuerdos intrusivos, evitación de situaciones relacionadas, cambios negativos en el estado de ánimo y cognición, y aumento de la activación fisiológica, los cuales se evalúan según los criterios diagnósticos del DSM-5, que proporcionan un marco estructurado para identificar el TEPT.

El tratamiento es complejo e implica una combinación de terapias farmacológicas y psicoterapéuticas. Desde la

terapia cognitivo-conductual hasta los medicamentos antidepressivos, se ofrecen diversas opciones de tratamiento para abordar los síntomas del TEPT y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

Objetivo General

Analizar los factores de riesgo, aspectos clínicos, criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático, proporcionando una revisión actualizada para promover la comprensión entre estudiantes de medicina y el público en general, impulsando la prevención, detección temprana y tratamiento efectivo para elevar la calidad de vida de los pacientes.

Desarrollo

Antecedentes

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno psiquiátrico que puede desarrollarse en personas que han experimentado o presenciado un evento traumático, una serie de eventos o un conjunto de circunstancias que resulten emocional o físicamente dañinas o potencialmente mortales. Este trastorno puede afectar el bienestar mental, físico, social y espiritual de una persona. Ejemplos de eventos que pueden desencadenar TEPT incluyen desastres naturales, accidentes graves, actos terroristas, conflictos bélicos, violación o agresión sexual, trauma histórico y violencia o intimidación por parte de la pareja

intima.¹ Recuerdos intrusivos, conductas de evitación, pensamientos y emociones negativas, y una mayor excitabilidad son síntomas que persisten durante un periodo prolongado después de la exposición a eventos extremadamente traumáticos.²

Desde que evolucionamos como especie, el riesgo de experimentar traumas ha sido una constante en la condición humana. Tanto los supervivientes de ataques terroristas en el siglo XXI como aquellos que enfrentaron tigres dientes de sable en épocas prehistóricas probablemente hayan sufrido efectos psicológicos similares. De manera análoga, personajes heroicos de la literatura mundial, como Enrique IV de Shakespeare, parecen cumplir muchos, sino todos, los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (TEPT). La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) incluye el trastorno de estrés postraumático en su clasificación nosológica con la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) en 1980. La incorporación del diagnóstico de TEPT llenó un vacío significativo en la teoría y práctica psiquiátricas, aunque su introducción fue inicialmente controvertida. La idea de que la causa del TEPT es un agente externo (es decir, un evento traumático) en lugar de una debilidad innata de la persona representó un cambio trascendental en la comprensión del trastorno. El concepto de "trauma" es fundamental para

entender tanto la base científica como la manifestación clínica del TEPT.³

Epidemiología

Más del 50% de la población mundial enfrenta eventos traumáticos a lo largo de su vida. Sin embargo, no todas las personas desarrollan trastorno de estrés postraumático (TEPT) o trastorno de estrés agudo. La incidencia de TEPT a lo largo de la vida puede variar entre el 9% y el 15%. Según un estudio reciente de la Organización Mundial de la salud (OMS), la prevalencia TEPT es del 3.9% en la población general y del 5.6% entre aquellos que han experimentado traumas. El TEPT puede surgir a cualquier edad, pero es más frecuente entre los adultos jóvenes debido a su mayor exposición a situaciones riesgosas o traumáticas. Diversos estudios muestran que en este caso las mujeres son más propensas a experimentar agotamiento emocional, lo que las hace más susceptibles al TEPT, con una prevalencia del 10% a lo largo de su vida, en comparación con el 4% en los hombres.⁴

Las encuestas mundiales de salud mental indican que las tasas de prevalencia en los últimos 12 meses son más altas en países de ingresos altos (Irlanda del Norte: 3,8%, Estados Unidos: 2,5%; Nueva Zelanda: 2,1%) que en países de ingresos bajos y medianos (Colombia y México: 0,3%). Ciertas características de los eventos traumáticos, como la

violencia interpersonal, incrementan la probabilidad de desarrollar TEPT. Por ejemplo, las tasas de TEPT son significativamente más bajas después de desastres naturales (5-10%) en comparación con la agresión sexual (>40%). La violencia organizada, física o sexual, también eleva el riesgo de TEPT, siendo la tortura el factor más asociado, seguido de la exposición acumulativa a eventos traumáticos. Además, la mayoría de las personas con TEPT presentan trastornos comórbidos como depresión, trastornos de ansiedad y trastorno por uso de sustancia, lo cual puede deberse a que los trastornos psiquiátricos predisponen a experimentar eventos traumáticos, o a que estos eventos y el propio TEPT desencadenan otras afecciones psiquiátricas.⁵

En los pacientes que han experimentado un trauma, la prevalencia de TEPT es del 14%, y esa cifra se incrementa hasta un 30-40% en contextos similares a la pandemia de COVID-19, como el terrorismo o los desastres naturales.⁶

Etiología

La experiencia de una amenaza grave de lesión física, muerte o agresión sexual son causas del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los niños que han sido abusados repetidamente corren el riesgo de desarrollar traumas complejos. La incapacidad para recuperarse del trauma, en parte debido a una resiliencia insuficiente, es una característica del TEPT crónico. Se han identificado varios factores de riesgo para determinar qué individuos tendrán respuestas prolongadas y desadaptativas al trauma.⁷

Factores preexistentes

Se incluyen:

- Género (mayor incidencia en mujeres)
- Exposición previa a traumas
- Enfermedad mental preexistente
- Nivel socioeconómico bajo
- Menor nivel educativo e inteligencia
- Adversidad en la infancia

Factores peritraumáticos

- Gravedad y naturaleza del trauma
- Violencia interpersonal
- Disociación durante el evento traumático

- Aumento del pulso inmediatamente después del evento traumático

Factores postraumáticos⁸

- Desarrollo de trastorno de estrés agudo
- Presencia de otras tensiones, como problemas financieros
- Experiencia de eventos vitales adversos posteriores
- Falta de apoyo social

Factor estresante

El trastorno de estrés postraumático se causa principalmente por el estrés. Este factor no debe haber surgido recientemente; puede haber ocurrido años o incluso décadas atrás. El estrés, sin embargo, no es suficiente para causar el trastorno. Es crucial considerar las características psicosociales y biológicas del paciente, el tipo de trauma que ha sufrido y la situación del paciente tanto antes como después del evento traumático.⁹

- **Factores de riesgo**

Muchas personas experimentan un trauma grave, la mayoría no desarrolla síntomas de trastorno de estrés postraumático. En base a la Encuesta Nacional de Comorbilidad, el 60% de los hombres y el 50% de las

mujeres experimentan un trauma grave, pero sólo alrededor del 8% desarrollarán PTSD durante su vida.

Además, eventos que parecen triviales para la mayoría de las personas pueden desencadenar PTSD en algunas personas. Sin embargo, la evidencia indica que existe una relación dosis-respuesta entre la gravedad del trauma y la probabilidad de desarrollar síntomas.¹⁰ Para una mejor comprensión, remítase a la (Ver tabla 1) acerca de los factores predisponentes de TEPT.

Tabla 1. Factores predisponentes de vulnerabilidad al

Factores predisponentes de vulnerabilidad al TEPT
● Experiencia traumática en la infancia
● Rasgos de personalidad, paranoide, dependiente o antisocial
● Falta de un sistema de apoyo familiar o social adecuado.
● Sexo femenino
● Vulnerabilidad genética a las enfermedades mentales
● Cambios de vida estresantes recientes
● Tendencia a atribuir el control de factores externos (causas naturales) en lugar de factores internos (causas humanas)
● Ingestión excesiva alcohol últimamente

trastorno de estrés postraumático

Fuente: La información obtenida y modificada de “Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría 11 a Edición”¹¹

- **Factores psicodinámicos**

Las investigaciones muestran que un trauma existente puede reactivarse mediante nuevos eventos traumáticos. En particular, se ha demostrado repetidamente que el maltrato

infantil y el maltrato predicen el trastorno de estrés postraumático en adultos expuestos a nuevos traumas.¹¹ Los aspectos a tener en cuenta se los menciona en lo siguiente: (Ver tabla 2)

Tabla 2. Aspectos psicodinámicos en el trastorno de estrés postraumático

Aspectos psicodinámicos en el TEPT	El significado subjetivo de un factor estresante puede influir en su capacidad para causar trauma.
	Los eventos traumáticos pueden intensificar los traumas de la infancia.
	Incapacidad para regular las emociones va a ser el resultado de un trauma y puede manifestarse: somatización y alexitimia.
	Mecanismos de defensa comúnmente utilizados incluyen la negación, menosprecio, la fragmentación, la negación proyectada, separación y la culpa (como defensa contra la sensación subyacente de impotencia).
	Relaciones de objetivo incluyen la proyección e introducción de roles: omnipotente salvador, abusador y la

	víctima.
--	----------

Fuente: La información obtenida y modificada de “Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría 11 a Edición”¹¹

- **Factores cognitivos conductuales**

Algunas personas carecen de regulación emocional, lo que les impide procesar el trauma y provoca el trastorno. Estas personas experimentan estrés constante y tienen disfunción atencional y ejecutiva, lo que dificulta el procesamiento de información y la toma de decisiones. La rumiación, un proceso desadaptativo, inmoviliza al individuo, agrava los síntomas negativos, disminuye el apoyo social, reduce la capacidad de resolver problemas e interfiere con el comportamiento funcional.⁴

- **Factores biológicos**

Las teorías biológicas del TEPT se fundamentan en estudios con modelos animales de estrés y análisis biológicos en pacientes. Estos estudios implican varios sistemas de neurotransmisores, como los receptores de noradrenalina, dopamina, opioides endógenos y benzodiazepinas, además del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS). Por lo tanto los datos clínicos sugieren hiperactividad en los sistemas noradrenérgico, de opioides endógenos y el eje HHS en algunos pacientes con TEPT.⁴

Fisiopatología

La respuesta inicial al trauma se caracteriza por una descarga de adrenalina debido a la activación del sistema nervioso simpático. Fisiológicamente, esto puede causar taquicardia, presión arterial elevada y otras respuestas neuroendocrinas, como la liberación de cortisol y catecolaminas. Si el estímulo traumático se prolonga o se repite, puede desarrollarse una respuesta conductual condicionada que puede resultar en un trastorno de estrés agudo o postraumático.¹²

La fisiopatología del trastorno de estrés postraumático está vinculada a emociones intensas o recuerdos persistentes del evento traumático. En lugar de desvanecerse con el tiempo, estos recuerdos pueden perdurar y, en algunos casos, intensificarse a lo largo de los años. Este fenómeno puede estar asociado con un daño progresivo al sistema nervioso central, lo que contribuye al desarrollo del trastorno de estrés postraumático crónico.¹³ Además de los efectos psicológicos provocados por un evento traumático, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) a menudo induce cambios en la estructura y neurofisiología del cerebro.⁷ El desarrollo de percepciones más intensas de miedo y la aparición de sentimientos de evitación relacionados con señales auditivas combinadas con un shock pueden estar vinculados a un hipocampo de menor tamaño. Además, el volumen del hipocampo está

correlacionado con el rendimiento influido por el miedo y puede estar relacionado con una función neuroendocrina reducida a través del eje HPA. Esto es evidente en muchas personas con trastorno de estrés postraumático, quienes presentan niveles elevados de cortisol debido a traumas infantiles. Por lo tanto, un volumen reducido del hipocampo se asocia con cambios psicopatológicos y puede predisponer a los pacientes a experimentar respuestas psicoemocionales condicionadas persistentes ante señales estresantes inducidas por hormonas.¹³

En los pacientes con trastorno de estrés postraumático, la amígdala, que desempeña un papel crucial en el procesamiento de las emociones y la regulación de la respuesta al miedo, muestra una reactividad excesiva.¹² La amígdala juega un papel crucial en la detección de amenazas y la respuesta al miedo desde un punto de vista neurológico. Aunque los hallazgos no son siempre consistentes, estudios de resonancia magnética en pacientes con TEPT han mostrado resultados inespecíficos, como una disminución del volumen cerebral total. Evolutivamente, la amígdala forma parte del cerebro primitivo, lo que significa que su activación es primaria y típicamente modulada por la corteza frontal a medida que se desarrollan la cognición y los comportamientos aprendidos. En los pacientes con TEPT, la capacidad de modulación del lóbulo frontal está desregulada en

comparación con aquellos sin el trastorno. Esta desregulación puede ayudar a explicar los hallazgos de un volumen cerebral reducido en personas con trastorno de estrés postraumático.¹²

Las redes subyacentes de estas regiones cerebrales, que incluyen las circunvoluciones parahipocampales y el flujo de procesamiento visual, están implicadas en la gestión de información traumática y el recuerdo de eventos traumáticos. El procesamiento de estos recuerdos visuales puede provocar intrusiones involuntarias en la memoria.¹³

Además, se han identificado alteraciones en el funcionamiento de los neurotransmisores y neurohormonas. A pesar del estrés persistente y los niveles elevados del factor liberador de corticotropina (CRF), las personas con trastorno de estrés postraumático suelen tener niveles de cortisol que varían entre normales y bajos. La producción de CRF disminuye como resultado de la presencia de cortisol; sin embargo, cuando los niveles de cortisol son bajos, el CRF permanece alto, lo que provoca que la corteza cingulada anterior libere noradrenalina. En las personas con TEPT, la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la conductancia de la piel y otras medidas psicofisiológicas cambian, indicando una hiperactividad de la rama simpática del sistema nervioso autónomo. Además, muestran una alta sensibilidad a los desafíos farmacológicos y una elevada actividad noradrenérgica. En

individuos con trastorno de estrés postraumático, varios otros sistemas neurotransmisores, como la serotonina, el GABA, glutamato, neuropéptido y los opioides endógenos, exhiben una actividad alterada. ¹²

Cuadro Clínico

El respectivo cuadro clínico se proporciona de manera más detallada en lo siguiente (Ver tabla 3)

Tabla 3. Cuadro clínico acerca de trastorno de estrés postraumático

CUADRO CLÍNICO		
Síntomas reviviscencia	Incluyen la repetición mental de un evento traumático, recuerdos intrusivos y dolorosos repetidos y reacciones disociativas que hacen que se sienta o actúe como si el evento volviera a suceder.	<ul style="list-style-type: none"> ● Pesadillas ● Es posible que sientas que estás reviviendo el evento, conocido como flashback ● Ver, escuchar u oler algo que te haga revivir la experiencia, lo que se denomina recordatorio, señal o desencadenante del trauma.
Síntomas de evitación	Evitación continua de estímulos traumáticos. Las personas evitan situaciones,	<ul style="list-style-type: none"> ● Podría evitar multitudes que consideres peligrosas ● Evitar conducir si tuviste un accidente de coche o si tu convoy

	<p>personas, recuerdos, sentimientos, conversaciones y pensamientos que les recuerdan algo que pueda afectar su vida diaria.</p>	<p>militar fue atacado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Podrías mantenerte muy ocupado o evitar buscar ayuda para no tener que pensar o hablar sobre lo sucedido.
<p>Síntomas de hipervigilancia y reactividad</p>	<p>Estado de alerta continuo, comportamiento o irritable, nerviosismo o agresión física y verbal sin provocación aparente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede incluir problemas de sueño, comportamientos imprudentes o autodestructivos.
<p>Síntomas cognitivos y emocionales</p>	<p>Cambios negativos en las creencias y los sentimientos de culpa, vergüenza y arrepentimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Disminución de interés por actividades acompañada de sentimientos de separación o alienación de los demás.
<p>Sensación de nerviosismo o excitación (hiperexcitación)</p>	<p>Sentirse nervioso o constantemente alerta ante peligros potenciales. También puede experimentar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Problemas para dormir ● Dificultades para concentrarse ● Asustarse fácilmente con ruidos fuertes o sorpresas ● Comportamiento

	ira irritabilidad repentinas.	o s nocivos para la salud: fumar, drogas o alcohol o conducir de forma agresiva.
--	-------------------------------------	--

Fuente: La información obtenida y modificada de "Cuadro clínico de TEPT Revista Sinergia" ⁴, "Síntomas de TEPT Centro Nacional para el PTSD" ³

Diagnóstico

El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) se diferencia de otras enfermedades mentales básicamente porque identifica el evento traumático junto con síntomas específicos. El DSM-5 eliminó la clasificación anterior del trastorno de estrés postraumático como trastorno de ansiedad y lo colocó en una nueva categoría llamada "trastornos relacionados con el estrés y el trauma". ¹⁴

Los criterios de factores estresantes del DSM-IV y DSM-5 amplían la definición de eventos traumáticos en comparación con versiones anteriores del DSM. Por lo tanto esto puede haber aumentado significativamente el número de eventos estresantes. Además, el DSM-5 eliminó el requisito subjetivo necesario de los criterios de estrés porque se reconoció que muchas personas no experimentan reacciones subjetivas. ¹⁴ Los respectivos

criterios diagnósticos de la bibliografía de DSM-5 se los representa en lo siguiente: (Ver tabla 4), mientras que los criterios diagnósticos de la bibliografía del CIE-10 se la describe en la siguiente (Ver tabla 5).

Tabla 4. Criterios diagnósticos acerca de trastorno de estrés postraumático

Criterios diagnósticos DSM-5
A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una /o más) <ol style="list-style-type: none">1. Experiencia directa del respectivo suceso traumático2. Ser testigo del trauma tal como le ocurrió a otra persona3. Evento traumático le ocurrió a un familiar o amigo cercano4. Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos del evento traumático; esto no se aplica a la exposición a través de medios como televisión, películas o imágenes
B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados a sucesos traumáticos, que comienza después de los sucesos traumáticos: <ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos recurrentes angustiosos e intrusivos del suceso traumático.2. Pesadillas recurrentes en las que el contenido y/o el tono emocional del sueño se vincula con un evento traumático.3. Reacciones disociativas (como flashbacks) que hacen que la persona sienta o actúe como si el evento traumático estuviera sucediendo nuevamente. Estas reacciones pueden ocurrir continuamente y en sus formas más extremas resultan en una pérdida total de conciencia del entorno inmediato.

4. Angustia psicológica significativa o duradera al enfrentarse a estímulos internos o externos que representan o evocan un aspecto del evento traumático.
5. Respuesta fisiológica intensa ante estímulos internos o externos que representan o recuerdan un aspecto del evento traumático.

C. Evitación continua de estímulos que estén relacionados con el evento traumático, se evidencia por una o ambas características:

1. Tratar de evitar recuerdos o pensar en cosas perturbadoras relacionadas con cualquier evento traumático
2. Tratar de evitar o minimizar los recordatorios externos: personas, lugares, conversaciones o situaciones que desencadenan recuerdos o pensamientos dolorosos que van a estar relacionado con eventos traumáticos.

D. Manifestaciones negativas cognitivas y afectivas relacionadas con el evento traumático, que se inician o intensifican después del trauma, evidenciadas por dos (o más) de los siguientes aspectos:

1. Dificultad para recordar un aspecto relevante del evento traumático, generalmente atribuible a amnesia disociativa y no a otras causas como lesiones cerebrales, consumo de alcohol o drogas
2. Mantenimiento de creencias o expectativas persistentes y exageradamente negativas sobre uno mismo, los demás o el entorno.
3. Persistente percepción distorsionada de la causa o las consecuencias del evento traumático, resultando en autoacusación o culpabilización de los demás.
4. Prolongada afectación emocional negativa, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza
5. Marcada reducción en el interés o la participación en actividades significativas

<ol style="list-style-type: none">6. Sensación de aislamiento o distanciamiento interpersonal7. Incapacidad duradera para experimentar emociones positivas, como la felicidad, satisfacción o afecto
<p>E. Cambios significativos en la alerta y reactividad relacionadas con el/los eventos traumáticos, que comienza o empeora después de/los sucesos traumáticos que se evidencian por dos (o más) de los siguientes aspectos</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comportamiento irritable y estallidos de ira (con poca o ninguna provocación) que generalmente se manifiestan de la siguiente manera: agresión verbal o física hacia personas u objetos2. Conducta temeraria o autodestructiva3. Hipervigilancia (estado de alerta constante)4. La Respuesta que fue exagerada de un estado de sobresalto hacia las personas5. Dificultad para concentrarse6. Alteraciones de sueño resaltando los siguientes ejemplos: dificultad para conciliar o mantener sueño.
<p>F. Persistencia de los síntomas en los criterios B, C, D y E durante más de 1 mes</p>
<p>G. La alteración causa un deterioro funcional significativo o malestar en diversas áreas de la vida, como la social o laboral.</p>
<p>H. La perturbación no puede ser atribuida a los efectos fisiológicos de una sustancia (medicamentos o alcohol) o a otra condición médica.</p> <p>Determinar si:</p> <ul style="list-style-type: none">- Con síntomas de disociación: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y en respuesta a un factor estresante, la persona experimenta síntomas persistentes o recurrentes que presentan una de las siguientes características: <ol style="list-style-type: none">1. Despersonalización: Experimentar persistentemente

una sensación de desapego y sentirse como observador externo de los propios procesos mentales o físicos (por ejemplo, tener una sensación de irrealidad; sentir que uno no es genuino o que el tiempo transcurre de manera lenta)

2. Desrealización: Experimentar de manera persistente o recurrente la sensación de que el entorno como irreal, similar a estar en un sueño, distante o distorsionado.

Determinar si:

- Con expresión retardada: Si no se cumplen todos los criterios diagnósticos hasta al menos seis meses después del evento (aunque algunos síntomas pueden manifestarse de manera inmediata)

Fuente: La información obtenida y modificada de “DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales”¹⁵

Tabla 5. Criterios diagnósticos del CIE-10 acerca de trastorno de estrés postraumático

Criterios diagnósticos CIE-10
A. El individuo debe haber experimentado un suceso o situación altamente estresante y potencialmente amenazante, que típicamente causaría gran incomodidad en la mayoría de las personas
B. Se requiere la presencia de recuerdos persistentes que involucren la “reexperimentación” del suceso estresante a través de flashbacks, memorias vividas o sueños recurrentes. Además, puede manifestarse malestar al enfrentar circunstancias similares o relacionadas con el evento estresante.
C. Es necesario que exista una evitación palpable o

preferencia de situaciones similares o relacionadas con el suceso estresante, conducta que no estaba presente previamente a la exposición al mismo.
<p>D. Se requiere la presencia de una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dificultad para recordar aspectos significativos del periodo de exposición al evento estresante, ya sea de forma parcial o completa2. Manifestación de síntomas de hipersensibilidad psicológica y activación persistente, los cuales no estaban presentes antes de la exposición al evento estresante y pueden ser provocados por al menos dos de las siguientes situaciones:<ol style="list-style-type: none">a) Trastornos del sueñob) Irritabilidad o cólerac) Dificultad para mantener la concentraciónd) Estado de alerta excesivoe) Respuestas excesivamente intensas frente a estímulos inesperados
<p>E. Los criterios B, D y E deben cumplirse dentro de los 6 meses posteriores al evento estresante o al término de un periodo de estrés. En casos excepcionales que superen los 6 meses, se deberán especificar claramente las circunstancias particulares</p>

Fuente: La información obtenida y modificada de “Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento”¹⁶

Aquí presentamos algunos ejemplos contemporáneos de práctica clínica recientes sobre estrés, trastorno de estrés agudo (TEA) o Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Los que nos permiten ilustrar cómo se está aplicando en la realidad clínica.

1. Consensus on the pharmacological treatment of acute stress disorder in Chinese pilots: a Delphi study (2023).
Sujetos: pilotos chinos con TEA.
2. BioMed Central. Tipo de intervención: consenso experto (método Delphi) sobre tratamiento farmacológico del TEA. Importancia: muestra una práctica clínica dirigida al ajuste del tratamiento médico en un grupo profesional de alto riesgo.
3. From supportive care to trauma: training integrative practitioners in the treatment of acute stress disorder (publicado diciembre 2024). Sujetos: 32 profesionales de medicina integrativa en contexto de cuidados paliativos. SpringerLink Intervención: formación online de 10 horas en habilidades clínicas para tratar TEA. Importancia: ejemplifica una estrategia de capacitación clínica para profesionales no-psiquiatras que abordan estrés agudo en contexto real.

Diagnóstico Diferencial

El DSM-5 destaca la importancia de diferenciar el TEPT y el TEA de otros trastornos. Aunque un trastorno adaptativo puede surgir después de un evento traumático, no se puede diagnosticar con TEA o TEPT si los síntomas posteriores coinciden. Además, a diferencia del TEPT, el trastorno adaptativo dura poco. El TEPT se caracteriza por pensamientos intrusivos y evitativos relacionados con el trauma, en contraste con los trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos. Los criterios B y C del DSM-5 son específicos para el TEPT en adultos, mientras que los criterios D y E pueden coincidir con otros trastornos, como la depresión. Se debe diagnosticar un trastorno disociativo además del TEPT si se cumplen todos los criterios.¹⁴ Los diagnósticos diferencial se mencionan en la siguiente **(Ver tabla 6)**

Tabla 6. Diagnósticos Diferencial acerca de trastorno de estrés postraumático

Diagnóstico Diferencial	
Trastorno de estrés agudo	Trastornos disociativos
Los síntomas del trastorno de estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático son similares. Las principales diferencias en el diagnóstico	Es el trastorno de despersonalización / desrealización. El TID implica dos o más estados de

<p>son el momento en que se presentan los síntomas y su duración. Cuando los síntomas no desaparecen después de un mes, se identifican.</p>	<p>personalidad diferentes. Si le han diagnosticado amnesia disociativa, por lo tanto, no presenta otros síntomas del TEPT. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático son similares a los del trastorno de despersonalización/desrealización.</p>
<p>Trastorno depresivo mayor</p>	<p>Trastorno de adaptación</p>
<p>Trastornos del estado de ánimo son comunes en el trastorno de estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor es más común el trastorno de estrés postraumático. Para ser diagnosticado con trastorno depresivo mayor, debe tener al menos un episodio de depresión mayor caracterizado por depresión persistente durante al menos 2 semanas.</p>	<p>El trastorno de adaptación se refiere a la manifestación de síntomas emocionales o conductuales como reacción a un factor estresante identificable, que puede no ser necesariamente un trauma, surgiendo en un lapso de tres meses desde la aparición del estrés. Estos síntomas podrían no perdurar por más de seis meses adicionales y, de persistir, podría requerir una evaluación para un diagnóstico psiquiátrico crónico más apropiado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno de ansiedad 	

- Trastorno obsesivo- compulsivo
- Esquizofrenia

Fuente: "Posttraumatic Stress Disorder Differential Diagnoses" Medscape. 2024 ¹⁷, "Posttraumatic Stress Disorder"¹²

Complicaciones

El trastorno de estrés postraumático está asociado con múltiples comorbilidades psiquiátricas y médicas. Las personas que padecen TEPT presentan mayores tasas de:¹⁸

- Problemas de estado de ánimo
- Pánico y otros trastornos de ansiedad
- Abuso de sustancias
- Anomalías neurológicas

El abuso de sustancias es particularmente prevalente entre aquello con TEPT. Estudios indican que hasta el 51,9% de los hombres con TEPT también abusan del alcohol. En una investigación, los hombres con TEPT reportaron una edad más temprana de inicio en la dependencia del alcohol, un consumo de alcohol más intenso y compulsivo, así como problemas legales más graves relacionados con su consumo de alcohol. ¹⁸

Aunque tratables, los síntomas del TEPT pueden conducir al desarrollo de otras enfermedades psiquiátricas. El trauma es un factor de riesgo conocido para el TDM, el trastorno

límite de la personalidad, los trastornos de ansiedad, los trastornos por uso de sustancias, trastornos psicóticos y otros. Los pacientes con TEPT presentan un riesgo más elevado de suicidio, por lo que es crucial que los médicos realicen evaluaciones periódicas para detectar pensamientos suicidas. Las personas con TEPT tiene más probabilidades de enfrentar problemas laborales y discapacidades en comparación con aquellas sin TEPT. Además, aquellos que han experimentado trauma sexual reportan mayores dificultades en sus relaciones íntimas.¹²

Las enfermedades cardiovasculares, los problemas gastrointestinales, diabetes mellitus, fatiga crónica y la fibromialgia son las comorbilidades físicas más comunes. Aproximadamente el 75% de las personas con TEPT también tienen otro trastorno psiquiátrico, como trastornos obsesivo-compulsivos, fobia social, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos relacionados con sustancias, agorafobia y trastornos de somatización.⁹

Tratamiento

Psicoterapia

El objetivo de la terapia psicológica para el trastorno de estrés postraumático es enseñar a la persona cómo manejar sus síntomas y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas. Además, tiene como objetivo informar a la persona afectada y a su familia sobre la naturaleza del trastorno para que puedan enfrentar los miedos asociados con el evento traumático. El trastorno de estrés postraumático puede tratarse de varias maneras, como:

- Terapia cognitivo -conductual: Aprender a reconocer y cambiar los modelos de pensamiento que provocan sentimientos, sensaciones y comportamientos problemáticos.¹⁹
- Terapia de exposición prolongada: Emplea la visualización repetitiva y detallada del trauma, o exposiciones graduales a los “desencadenantes” de los síntomas, en un entorno seguro y controlado. Este enfoque ayuda a los pacientes a enfrentar y gestionar el miedo, la angustia y a desarrollar habilidades de afrontamiento. Por ejemplo, se han utilizado programas de realidad virtual para ayudar a los veteranos de guerra con TEPT a revivir el campo de batalla de manera controlada y terapéutico.²⁰
- Terapia psicodinámica: se enfoca en asistir al individuo a explorar sus valores personales y los

conflictos emocionales originados por el evento traumático.²⁰

- Terapia familiar: Puede ser beneficiosa ya que el comportamiento de una persona con TEPT puede influir negativamente en otros miembros de la familia.²⁰
- Terapia grupal: Fomenta que los sobrevivientes de eventos traumáticos similares compartan sus experiencias y reacciones en un ambiente acogedor y libre de juicios. Los integrantes del grupo se apoyan mutuamente, ayudándose a comprender que muchas personas habrían reaccionado y sentido de manera similar.²⁰
- La Desensibilización y Reprocesamiento Ocular (EMDR): Esta terapia está dirigida a ayudar a personas que han sufrido malos tratos, violencia física o emocional, accidentes, o que padecen depresión, adicciones, fobias o trastornos alimentarios. EMDR utiliza los movimientos oculares como herramienta clave en el tratamiento de trastornos traumáticos y se centra en el recuerdo del evento traumático que la persona ha experimentado.

21

- Se considera que las intervenciones focalizadas en el trauma, como Cognitive Processing Therapy (CPT) o

Prolonged Exposure Therapy (PE) son hoy día tratamientos de primera línea para TEPT.

- Por ejemplo, la revisión más reciente señala que “terapias manualizadas centradas en el trauma (...) muestran reducción consistente de síntomas en 12-16 sesiones de 60 minutos semanales”.
- Se están ensayando nuevos fármacos para TEPT, como bloqueadores del receptor de glucocorticoides PT150 en veteranos con TEPT.

En el caso de la terapia farmacológica se incluyen los siguientes (Ver tabla 7)

Tabla 7. Esquema tratamiento para el trastorno de estrés postraumático

Clase	Ejemplos	Mecanismo de acción	Objetivo terapéutico
Antidepresivos	Paroxetina	Inhibidor selectivo de la recaptación serotonina	Mejora de los síntomas
	Sertralina		
	Fluoxetina		
Ansiolíticos/hipnóticos sedantes	Prazosina	Antagonista del receptor alfa-1	Se utiliza principalmente para los síntomas del sueño y puede

			mejorar otros síntomas
Antidepresivo	Clonidina	Agonistas alfa-2 adrenérgicos	Efectos potenciales sobre los síntomas de hiperactivación del trastorno de estrés postraumático.

Fuente: "Posttraumatic stress disorder medication" Medscape. 2024 ²², "Narrative Review of Pharmacological and Psychotherapeutic Interventions" ²

Bibliografía

What is Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)? [Internet]. [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

Mansour M, Joseph GR, Joy GK, Khanal S, Dasireddy RR, Menon A, et al. Post-traumatic Stress Disorder: A Narrative Review of Pharmacological and Psychotherapeutic Interventions. *Cureus* [Internet]. 2023 Sep;15(9):e44905. Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.44905>

PTSD: National center for PTSD [Internet]. [cited 2024 May 29]. Available from: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp

01-01-. revista medica sinergia. [cited 2024 May 28]; Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568/1001>

Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry* [Internet]. 2019 Oct;18(3):259-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20656>

Jiménez VM, Labari EP, Company, Paula López, Juan JL. Trastorno por estrés postraumático. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2022 Oct 1;29(8):416-21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207222001438>

Posttraumatic stress disorder [Internet]. 2024 [cited 2024 May 29]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/288154-overview?form=fpf>

Trastorno de estrés postraumático (TEPT) [Internet]. 2022 [cited 2024 May 29]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>

Durán LVB, Martínez MMB, Álvarez GB. revista medica sinergia. Rev.méd.sinerg [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2024 May 28];5(9):e568-e568. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568>

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan Y Sadock. Manual de Psiquiatría Clínica [Internet]. Wolters Kluwer España; 2018. 1000 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=WsTM>

AQAACAAJ

Sadock VA, Sadock BJ. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría, 11e. 2015;

Mann SK, Marwaha R, Torrico TJ. Posttraumatic Stress Disorder [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559129/>

Aliev G, Beeraka NM, Nikolenko VN, Svistunov AA, Rozhnova T, Kostyuk S, et al. Neurophysiology and Psychopathology Underlying PTSD and Recent Insights into the PTSD Therapies-A Comprehensive Review. J Clin Med Res [Internet]. 2020 Sep 12;9(9). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9092951>

tern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF. Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2017. 1168 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=NdzQDwAAQBAJ>

Lopez CA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2014. 947 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=2ezRo>

QEACAAJ

Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento [Internet]. Ed. Médica Panamericana; 2000. 336 p. Available from: https://play.google.com/store/books/details?id=Y_oAC CnRG34C

Posttraumatic stress disorder differential diagnoses [Internet]. 2024 [cited 2024 May 29]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/288154-differential?form=fpf>

Posttraumatic stress disorder clinical presentation [Internet]. 2024 [cited 2024 May 30]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/288154-clinical>

Barnhill JW. Trastorno de estrés postraumático [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-estr%C3%A9s-postraum%C3%A1tico?query=trastorno%20por%20estr%C3%A9s%20postraum%C3%A1tico>

¿Qué es el trastorno de estrés postraumático (TEPT)?
[Internet]. [cited 2024 May 28]. Available from:
<https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/trastorno-de-estres-postraumatico-tept/%C2%BFque-es-el-trastorno-de-estres-postraumatico-tept>

Terapia emdr: qué es, síntomas y tratamiento [Internet]. Top Doctors. [cited 2024 May 29]. Available from:
<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/terapia-emdr>

Posttraumatic stress disorder medication [Internet]. 2024 [cited 2024 May 29]. Available from:
<https://emedicine.medscape.com/article/288154-medication>

TRASTORNOS FÓBICOS

Introducción

Los trastornos fóbicos son un tipo de ansiedad que causa miedos desproporcionados y persistentes a objetos o situaciones específicas ⁷. Estos temores son excesivos, pueden llevar a evitar ciertas circunstancias, lo que afecta la vida diaria. Las fobias pueden ser dirigidas a situaciones o momentos concretos, como viajar en avión, o más generales, como la interacción social e incluso estar en lugares cerrados ¹.

Los trastornos fóbicos suelen clasificarse en tres categorías principales: fobia específica, fobia social y agorafobia ¹. La fobia específica se caracteriza por un miedo intenso e irracional a un objeto o situación particular, como animales, alturas o volar. La fobia social, también llamada trastorno de ansiedad social, involucra un miedo profundo a ser observado y evaluado negativamente por otros en contextos sociales ³. Finalmente, la agorafobia se define por el temor a situaciones donde sería difícil escapar o recibir ayuda en caso de experimentar un ataque de pánico. Aunque estos trastornos comparten ciertas características, cada uno tiene sus propios desafíos y requiere enfoques terapéuticos especializados ³.

Las fobias son trastornos comunes que afectan a un gran número de personas en el mundo. Alrededor del 12% de la

población experimentará una fobia específica, el 7% sufrirá de fobia social y entre el 1-2% padecerá agorafobia¹. Suelen aparecer en la infancia o adolescencia y pueden persistir si no se tratan. Las fobias tienen un impacto significativo en la calidad de vida, causando dificultades personales, sociales y laborales¹. A menudo coexisten con otros problemas de salud mental, como la depresión y otros trastornos de ansiedad, lo que complica su tratamiento.³

Etiología y factores de riesgo

La etiología de los trastornos fóbicos es compleja y multifactorial, implicando la interacción de factores genéticos, ambientales, biológicos y psicológicos⁶. La investigación ha destacado varias rutas posibles para el desarrollo de las fobias, incluyendo:

- Las fobias suelen tener un componente hereditario, aunque no está completamente claro hasta qué punto se deben a la genética o a conductas adquiridas.
- Neuroanatomía: La estructura cerebral, específicamente la amígdala, puede influir en la regulación de la respuesta al miedo. Cuando el núcleo amigdalino presenta hiperactividad es

posible que presente una respuesta exacerbada al miedo, incrementando la ansiedad en situaciones sociales. La amígdala tiene como función principal el almacenamiento y procesamiento de las respuestas emocionales, tanto positivas como negativas, operando en niveles conscientes e inconscientes.³

- El entorno: Algunas personas desarrollan esta afección tras experiencias sociales negativas o embarazosas. Además, existe una posible relación entre el trastorno de ansiedad social y el comportamiento ansioso modelado por los padres en situaciones sociales, especialmente si estos son excesivamente controladores o protectores con sus hijos.³
- Factores Psicológicos: elementos cognitivos, como creencias disfuncionales y modelos de pensamiento ansioso, junto con el aprendizaje a través de la observación o vivencias traumáticas directas, también tienen una influencia significativa.³

Objetivo general

Describir y analizar los trastornos fóbicos en términos de su definición, clasificación, etiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial, utilizando información actualizada de la literatura científica reciente para proporcionar una comprensión integral de estos trastornos y su impacto en la salud mental.

Desarrollo

FOBIAS ESPECÍFICAS

Las fobias específicas se caracterizan por un miedo intenso y desproporcionado a un objeto o situación concreta. Estos miedos pueden ser a animales (como perros o arañas), entornos naturales (alturas, tormentas), sangre-inyecciones-heridas, situaciones específicas (volar, estar en lugares cerrados) o cualquier otro estímulo claramente definido ². Las personas con fobias específicas suelen reconocer que su miedo es irracional, pero se sienten impotentes para controlarlo. La evitación del estímulo fóbico puede ser tan extrema que interfiere significativamente con las actividades cotidianas. Las personas con fobia específica experimentan una respuesta inmediata de ansiedad al enfrentarse al estímulo fóbico, lo que puede incluir síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, temblores y una fuerte necesidad de escapar.²

Etiología y factores de riesgo

Factores genéticos: La investigación genética ha demostrado que las fobias específicas tienen una heredabilidad significativa. Estudios recientes con gemelos indican que los factores genéticos pueden explicar entre el 30% y el 40% de la variabilidad en la vulnerabilidad a desarrollar fobias específicas².

Factores neurobiológicos: La investigación neurobiológica ha avanzado en la identificación de los circuitos cerebrales involucrados en las fobias específicas. La amígdala y el hipocampo son estructuras clave en la respuesta de miedo. Un estudio de Fullana usando resonancia magnética funcional (fMRI) mostró una mayor activación de la amígdala en individuos con fobias específicas en comparación con controles sanos cuando se les presentan estímulos relacionados con su fobia. Además, se ha observado una hiperactividad en el circuito corticoestriatal en estos individuos, sugiriendo un desequilibrio en la regulación emocional.

Factores Ambientales y de Aprendizaje: El condicionamiento clásico sigue siendo una teoría prominente para explicar el desarrollo de fobias específicas. Las experiencias traumáticas o negativas directas con el objeto o situación temida son un factor de riesgo significativo. Sin embargo, la observación de eventos traumáticos o la transmisión de información negativa

también pueden contribuir.

Factores cognitivos: Los modelos cognitivos actuales enfatizan la importancia de creencias y expectativas disfuncionales. Las personas con fobias específicas tienden a sobrestimar el peligro y la probabilidad de que ocurra un evento negativo en presencia del estímulo fóbico.

Manifestaciones clínicas²

Síntomas Emocionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miedo intenso e irracional 2. Ansiedad anticipatoria
Síntomas Fisiológicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reacciones Físicas Agudas 2. Respuesta de Lucha o Huida
Síntomas Cognitivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos Catastróficos 2. Dificultad para Concentrarse
Comportamientos de Evitación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación Activa 2. Conductas de Seguridad
Impacto en la Vida Cotidiana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interferencia Funcional 2. Alteración del Estado de Ánimo

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10 (F40.0.):

1. Presencia de un miedo marcado y persistente
 - El miedo es excesivo o irracional.
 - El miedo está desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, alturas, animales, recibir una inyección, ver sangre)⁴.
2. Exposición al estímulo fóbico:
 - Provoca una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia o pánico.
 - En niños, la ansiedad puede manifestarse como llanto, rabietas, inmovilización o comportamiento de aferramiento⁴.
3. Reconocimiento del miedo como excesivo o irracional:
 - Este criterio puede no aplicarse a niños, ya que pueden no tener la capacidad de evaluar el nivel de irracionalidad de su miedo⁴.
4. Evitación del estímulo fóbico:
 - La situación fóbica se evita o se soporta con gran malestar y ansiedad.
 - La evitación, anticipación o malestar por el objeto o situación interfieren significativamente con la rutina normal de la

persona, su trabajo (o rendimiento académico) o sus actividades o relaciones sociales⁴.

5. Duración mínima del trastorno:

- En menores de 18 años, la duración es de al menos seis meses⁴.

6. La ansiedad, crisis de angustia o conducta de evitación:

- No se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de pánico con agorafobia)⁴.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): Aunque el TAG se caracteriza principalmente por una preocupación persistente y excesiva sobre una amplia gama de eventos o actividades, puede manifestar síntomas físicos de ansiedad similares a los experimentados en una fobia específica, como tensión muscular, irritabilidad y dificultad para concentrarse. La diferencia radica en la naturaleza generalizada de la ansiedad en el TAG, en contraposición al miedo específico hacia un objeto o situación en la fobia específica.

Trastorno de Pánico: Los ataques de pánico pueden estar acompañados de síntomas físicos intensos, como

palpitaciones, sudoración y sensación de asfixia, que pueden asemejarse a los síntomas de ansiedad experimentados durante la exposición a un estímulo fóbico en la fobia específica. Sin embargo, en el trastorno de pánico, los ataques de pánico ocurren de manera inesperada y no necesariamente en relación con un estímulo fóbico específico.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC): Algunos individuos con TOC pueden experimentar obsesiones relacionadas con un objeto o situación específica que desencadena ansiedad, lo que puede parecerse a una fobia específica. Sin embargo, en el TOC, la ansiedad está principalmente vinculada a pensamientos intrusivos y a la necesidad de realizar compulsiones para aliviarla, mientras que en la fobia específica, el miedo está directamente relacionado con la exposición al estímulo fóbico.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): Las personas con TEPT pueden experimentar un miedo intenso y evitar situaciones o estímulos relacionados con un evento traumático previo. Este miedo puede ser similar al experimentado en una fobia específica, pero en el TEPT, está asociado con recuerdos traumáticos intrusivos y una respuesta fisiológica característica de la reexperimentación del evento traumático.¹

Tratamiento

En los últimos años, ha habido notables avances en el tratamiento de las fobias específicas, abarcando desde intervenciones psicoterapéuticas hasta métodos farmacológicos.

- La terapia de exposición es un pilar fundamental en el tratamiento de las fobias específicas. Este método implica exponer gradualmente al individuo al objeto o situación temida en un entorno seguro y controlado. Esta exposición puede realizarse de varias maneras, ya sea en vivo, virtual o imaginaria. Investigaciones recientes han confirmado la efectividad de la terapia de exposición para reducir los síntomas fóbicos y mejorar el funcionamiento psicosocial.
- La terapia cognitivo-conductual (TCC) fusiona técnicas cognitivas y conductuales para abordar los pensamientos irracionales y los comportamientos de evitación asociados con las fobias específicas. Durante la terapia, los individuos aprenden a identificar y cuestionar sus pensamientos automáticos negativos sobre el objeto o situación temida, así como a desarrollar estrategias para enfrentar el miedo de manera adaptativa. La TCC ha demostrado ser efectiva tanto a corto plazo como en

la prevención de recaídas a largo plazo en personas con fobias específicas.

- La realidad virtual (RV) ha surgido como una herramienta prometedora en el tratamiento de las fobias específicas. A través del uso de dispositivos de RV, las personas pueden confrontar gradual y controladamente sus miedos en un entorno virtual simulado. La RV ofrece beneficios como la capacidad de ajustar el nivel de exposición, repetir las experiencias y crear entornos seguros para practicar habilidades de afrontamiento. Estudios recientes han respaldado la eficacia de la terapia de exposición basada en RV en el tratamiento de fobias específicas, mostrando resultados prometedores en la reducción de síntomas y la mejora del funcionamiento.

Tratamiento farmacológico: aunque la terapia psicológica es la primera línea de tratamiento para las fobias específicas, en algunos casos se puede considerar el uso de medicamentos para aliviar los síntomas de ansiedad asociados. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los medicamentos más comúnmente prescritos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluidas las fobias específicas. Estos fármacos pueden ayudar a reducir la ansiedad y la reactividad emocional, aunque su efectividad puede variar según el

individuo y la naturaleza específica de la fobia.

FOBIA SOCIAL

La fobia social, o trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un miedo profundo y constante a situaciones donde el individuo puede ser juzgado por otros³. Este temor puede estar relacionado tanto con interacciones sociales en general como con situaciones específicas de desempeño, como hablar en público o comer frente a otras personas. Es común la ansiedad anticipatoria y los comportamientos de evitación, lo que puede resultar en un deterioro significativo del funcionamiento social y laboral.

Factores psicológicos

Experiencias Tempranas: Las experiencias negativas durante la infancia, como el acoso escolar, la crítica constante, el rechazo social y el abuso emocional, son factores de riesgo significativos para el desarrollo de la fobia social. Estas vivencias pueden llevar a la formación de un autoconcepto negativo y aumentar la sensibilidad a la evaluación negativa por parte de otros¹.

Condicionamiento y Aprendizaje: Según las teorías del condicionamiento, la fobia social puede surgir a través de experiencias de aprendizaje en las cuales las situaciones sociales se asocian con respuestas de ansiedad. Este proceso de aprendizaje puede ser directo, mediante

experiencias traumáticas, o indirecto, a través de la observación de otros ¹.

Cogniciones Disfuncionales: Las personas con fobia social tienden a tener pensamientos negativos y distorsionados sobre sí mismas y sobre cómo son percibidas por los demás. Estos pensamientos pueden incluir creencias de inadecuación, miedo al rechazo y la expectativa de ser juzgados negativamente. Estas cogniciones disfuncionales alimentan el ciclo de ansiedad y evitación¹.

Factores sociales

Entorno Familiar: Un entorno familiar sobreprotector o crítico puede aumentar el riesgo de desarrollar fobia social. Los padres que transmiten mensajes de desconfianza hacia los demás o que modelan comportamientos ansiosos pueden influir negativamente en el desarrollo social del niño.

Cultura y Normas Sociales: Las expectativas culturales y las normas sociales también desempeñan un papel en la fobia social. En sociedades que valoran altamente la competencia social y la evaluación pública, los individuos pueden sentir una mayor presión y temor a no cumplir con estas expectativas, lo que puede incrementar la prevalencia de la fobia social.⁶

Factores ambientales

Estilo de Vida y Estrés: El estilo de vida y los niveles de estrés pueden influir en el desarrollo de la fobia social. Factores como el aislamiento social, el estrés crónico y la falta de habilidades sociales adecuadas pueden contribuir a la aparición y mantenimiento del trastorno ³.

Eventos Traumáticos: Experiencias traumáticas, especialmente aquellas relacionadas con la humillación pública o el rechazo social, pueden desencadenar la fobia social. Estos eventos pueden dejar una huella duradera en la percepción del individuo sobre las interacciones sociales y su capacidad para manejarlas.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

- Los síntomas, psicológicos comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas y es muy llamativa la evitación de estas situaciones fóbicas ³.

Manifestaciones clínicas

Síntomas Físicos	<ol style="list-style-type: none">1. Palpitaciones y Taquicardia2. Sudoración Excesiva3. Tensión Muscular4. Rubor Facial5. Dificultad para Hablar
Síntomas Cognitivos	<ol style="list-style-type: none">1. Miedo a la evaluación negativa2. Pensamientos inadecuados3. Preocupación anticipatoria
Síntomas Comportamentales	<ol style="list-style-type: none">1. Evitación2. Escape3. Participación limitada4. Uso de alcohol o drogas
Impacto en la Vida Cotidiana	<ol style="list-style-type: none">1. Funcionamiento académico y laboral2. Relaciones interpersonales: aislamiento calidad de vida: ansiedad3. Oportunidades

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10 (F40.1):

Miedo o Evitación de Situaciones Sociales:

- La fobia social se caracteriza por un miedo o ansiedad marcados y persistentes ante situaciones sociales en las que la persona se expone a la evaluación de otros.
- Las situaciones temidas incluyen interacciones sociales (como hablar con desconocidos), ser observado (por ejemplo, comer o beber en público) y actuaciones ante otros (como hablar en público) ⁴.

Síntomas Físicos y Emocionales:

- La exposición a la situación social temida provoca una respuesta inmediata de ansiedad, que puede adoptar la forma de un ataque de pánico en situaciones graves.
- Los síntomas somáticos pueden incluir palpitaciones, temblores, sudoración, rubor y malestar gastrointestinal ⁴.

Evitación de las Situaciones Temidas:

- La persona evita las situaciones sociales temidas o las enfrenta con una ansiedad o angustia intensas.
- La evitación o el malestar intenso interfiere significativamente con las actividades normales de la

persona, las relaciones laborales (o académicas) o las actividades sociales ⁴.

Conciencia del Miedo Irracional:

- La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional. Este criterio puede estar ausente en niños ⁴.

Duración del Trastorno:

- Los síntomas deben persistir durante al menos seis meses para que se considere un diagnóstico de fobia social ⁴.

Exclusión de Otros Trastornos:

- La ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o a otra condición médica.
- Si hay otra condición mental o física presente, el miedo en la fobia social es claramente independiente y no se relaciona con esta condición ⁴.

Incluye:

- antropofobia
- neurosis social

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que con frecuencia los síntomas agorafóbicos y depresivos son destacados y que ambos tipos contribuyen a que el enfermo se recluye en su hogar. Si la distinción entre los dos diagnósticos es muy difícil debe darse preferencia al de agorafobia. No debe hacerse un diagnóstico de depresión, a menos que pueda identificarse claramente un síndrome depresivo florido.

AGORAFOBIA

La agorafobia se caracteriza por una condición de ansiedad grave y debilitante que afecta a una parte significativa de la población global. Se caracteriza por un temor intenso y persistente a encontrarse en lugares o situaciones donde escapar sería difícil o embarazoso, o donde la ayuda no estaría disponible en caso de experimentar síntomas de pánico u otros problemas incapacitantes⁵. Este trastorno puede manifestarse en diversos entornos, como centros comerciales, transporte público, espacios abiertos o cerrados, y lugares concurridos, lo que puede llevar a una evitación extrema de tales situaciones⁸.

Etiología

- Factores Genéticos y Neurobiológicos: La investigación genética ha identificado posibles contribuciones hereditarias a la predisposición a la agorafobia, señalando la participación de genes relacionados con la regulación del sistema serotoninérgico y el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal en la vulnerabilidad a este trastorno. Además, estudios neurobiológicos han indicado alteraciones en la estructura y función de áreas cerebrales implicadas en la regulación del miedo y la ansiedad, como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal⁷.
- Acontecimientos Traumáticos y Experiencias de Vida: Experiencias traumáticas, como abuso físico, emocional o sexual durante la infancia, así como eventos estresantes en la vida adulta, pueden aumentar el riesgo de desarrollar agorafobia. Estos factores de estrés pueden desencadenar respuestas neurobiológicas disfuncionales y contribuir a la sensibilización del sistema de respuesta al estrés, lo que aumenta la vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad, incluida la agorafobia⁷.
- Aprendizaje y Condicionamiento: La teoría del condicionamiento desempeña un papel significativo en la comprensión de la etiología de la agorafobia.

La exposición repetida a situaciones temidas, junto con experiencias negativas o adversas, puede llevar a la asociación de esos estímulos con respuestas de miedo y ansiedad. Este condicionamiento puede perpetuar y reforzar los síntomas de la agorafobia, así como mantener los patrones de evitación de las situaciones temidas⁷.

- Vulnerabilidad Cognitiva y Procesamiento de la Información: La investigación ha examinado los procesos cognitivos subyacentes a la agorafobia, incluida la atención selectiva hacia estímulos amenazantes, interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y creencias disfuncionales sobre la capacidad de hacer frente a situaciones temidas. Estos procesos pueden contribuir al mantenimiento de la ansiedad y la evitación, así como a la percepción distorsionada del riesgo en situaciones agorafóbicas⁷.
- Interacción de Factores Psicosociales: Se entiende mejor la etiología de la agorafobia a través de un enfoque biopsicosocial que reconoce la compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los estudios han resaltado la importancia de considerar tanto los factores de vulnerabilidad individuales como los contextuales, como el apoyo

social, el entorno familiar y las experiencias de vida, para una comprensión integral de este trastorno⁷.

Factores de riesgo

Se han identificado varios factores que pueden aumentar la susceptibilidad a desarrollar agorafobia, entre ellos los más comunes son: historia de trastornos de ansiedad, experiencias traumáticas, factores genéticos y familiares, personalidad y estilo de afrontamiento, estilos de crianza y ambiente familiar y condiciones médicas y medicamentos.⁷

Manifestaciones clínicas

La presentación y la gravedad de la agorafobia pueden variar, pero típicamente involucran una combinación de síntomas físicos, cognitivos y conductuales.

- **Ansiedad anticipatoria:** Las personas con agorafobia suelen experimentar un temor intenso y constante ante la posibilidad de encontrarse en situaciones que puedan desencadenar síntomas de pánico o hacerlas sentir atrapadas sin ayuda. Esta ansiedad anticipatoria puede ser debilitante y llevar a la evitación de ciertos lugares o actividades.⁷
- **Síntomas físicos:** Los síntomas físicos asociados con la agorafobia pueden abarcar desde palpitaciones cardíacas, dificultad para respirar, sudoración excesiva, mareos, temblores, sensación de ahogo, dolor en el pecho, náuseas hasta la sensación de

desmayo. Estos síntomas suelen estar relacionados con la respuesta de lucha o huida del cuerpo y pueden aumentar la ansiedad.

- Evitación de situaciones: Un rasgo distintivo de la agorafobia es la evitación persistente de situaciones o lugares que podrían provocar ansiedad o pánico. Estas situaciones pueden incluir espacios abiertos, áreas con mucha gente, viajar en transporte público, hacer fila o estar lejos de lugares considerados seguros, como el hogar o el automóvil.⁷
- Síntomas cognitivos: Las personas con agorafobia a menudo experimentan una serie de pensamientos negativos y catastróficos sobre las posibles consecuencias de encontrarse en situaciones temidas. Estos pensamientos pueden incluir miedo a perder el control, tener un ataque de pánico en público, sentirse humillados o no poder escapar de una situación angustiante.⁸
- Conductas de seguridad: Para hacer frente a la ansiedad y prevenir la ocurrencia de síntomas de pánico, las personas con agorafobia pueden recurrir a una variedad de conductas de seguridad, como evitar salir de casa sin compañía, llevar consigo objetos reconfortantes (como un teléfono móvil o medicación de rescate), o planificar rutas de escape en caso de emergencia.¹²

- Impacto funcional: La agorafobia puede tener un impacto significativo en la vida cotidiana de quienes la padecen, interfiriendo en sus relaciones interpersonales, su desempeño laboral o académico, y su capacidad para realizar actividades diarias. La evitación de situaciones temidas puede limitar las oportunidades de participar en actividades gratificantes y llevar a un aislamiento social progresivo.¹²

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10 (F40.01) 4:

A	El paciente tiene un miedo persistente y anormal de una o más situaciones en las que es probable que ocurran ataques de pánico, o donde el escape puede ser difícil o embarazoso, o donde no haya ayuda disponible en caso de que ocurra un ataque de pánico inesperado.
B	El temor de estas situaciones se considera excesivo o irracional, y como resultado, el paciente evita activamente tales situaciones o las enfrenta con miedo y angustia intensos.
C	Las situaciones temidas se evitan o se enfrentan con ansiedad y malestar significativos, a menudo asociados con la activación autónoma, como taquicardia, sudoración, temblores, palpitaciones, sensación de ahogo, mareos, molestias abdominales y molestias en el pecho

D	La evitación o la ansiedad anticipatoria relacionada con las situaciones temidas interfieren significativamente con las rutinas normales del paciente, su funcionamiento ocupacional (o académico) o sus actividades sociales o relaciones, o causa un malestar clínicamente significativo.
E	Si hay una historia de ataques de pánico recurrentes, la presencia de agorafobia no se limita a la evitación de situaciones relacionadas con ataques de pánico (como en la fobia social o situacional). Si hay una fobia social preexistente, la agorafobia no se limita a las situaciones sociales que se evitan debido a la fobia social.
F	La agorafobia no se atribuye a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, medicamentos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

Diagnóstico diferencial

Pueden variar según el contexto clínico y la presentación sintomáticas específicas de cada individuo.

1. Trastorno de pánico: La agorafobia frecuentemente se vincula con el trastorno de pánico, ya que los episodios de pánico recurrentes pueden provocar el temor a encontrarse en situaciones donde la escapatoria sea difícil. Es esencial discernir entre la agorafobia independiente y la agorafobia asociada al trastorno de pánico, dado que los enfoques terapéuticos pueden variar¹⁰.

2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Aunque el TAG y la agorafobia son trastornos de ansiedad distintos, comparten síntomas comunes como preocupación excesiva, nerviosismo y tensión muscular. Un examen meticuloso de los síntomas particulares y los desencadenantes contextuales puede facilitar la distinción entre estas dos condiciones¹⁰.
3. Trastorno de estrés postraumático (TEPT): Algunos individuos con agorafobia pueden haber experimentado eventos traumáticos que contribuyan a su temor a estar en determinados lugares o situaciones. Evaluar el historial traumático y la presencia de síntomas característicos del TEPT, como recuerdos intrusivos y evitación de estímulos relacionados con el trauma, resulta fundamental para realizar un diagnóstico diferencial preciso.
4. Trastorno de personalidad por evitación: Este trastorno se caracteriza por un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y sensibilidad al rechazo. Aunque comparte similitudes con la agorafobia en cuanto a la evitación de situaciones sociales, se distingue por la naturaleza crónica y generalizada de los síntomas, así como por la ausencia de episodios de pánico recurrentes.¹⁰

5. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): Algunas obsesiones y compulsiones pueden manifestarse como miedo a salir de casa o a estar en espacios públicos, lo que puede solaparse con los síntomas de la agorafobia. No obstante, la especificidad de las obsesiones y compulsiones en el TOC, así como la respuesta a tratamientos específicos como la exposición y la prevención de respuesta, pueden ayudar a distinguir entre estas condiciones.

Tratamiento

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha probado ser una intervención eficaz en el tratamiento de la agorafobia. Este enfoque terapéutico se focaliza en la identificación y modificación de los pensamientos irracionales y las creencias disfuncionales asociadas al miedo a los lugares o situaciones temidos. A través de técnicas como la exposición gradual y la reestructuración cognitiva, los pacientes aprenden a confrontar gradualmente sus temores y a desarrollar estrategias adaptativas para manejar la ansiedad.

ENFOQUES FARMACOLÓGICOS: Además de la terapia psicológica, también se pueden emplear enfoques farmacológicos para tratar la agorafobia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tales como la sertralina y la paroxetina, son los fármacos recomendados como primera opción para el tratamiento de esta condición. Estos medicamentos contribuyen a mitigar los síntomas de ansiedad y pueden ser utilizados de manera independiente o en conjunto con la terapia psicológica, adaptándose así a las necesidades particulares de cada paciente.¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

Ansiedad social: Nuevos criterios diagnósticos a propósito de un caso [Internet]. *psiquiatria.com*. [citado el 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/ansiedad-social-nuevos-criterios-diagnosticos-a-proposito-de-un-caso>

Fobias específicas [Internet]. *Mayoclinic.org*. 2023 [citado el 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/specific-phobias/symptoms-causes/syc-20355156>

Trastorno de ansiedad social (fobia social) [Internet]. *Mayoclinic.org*. 2021 [citado el 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/social-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20353561>

Miguel Tortella Feliú. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace [Internet]. 2014;(110):62-9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803018>

Zamora M, Cecilia G, Gómez LÁ. Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista*

Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2024 [cited 2024 May 31];38:178-94. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000500011&script=sci_arttext

Hidalgo Anias NM, Márquez Pérez JF. Validación de una escala de trastornos neuróticos. Humanidades Médicas [Internet]. 2012 Apr 1 [cited 2024 May 31];12(1):9-21. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202012000100002&script=sci_arttext&lng=en

Peñate W, Pitti CT, Bethencourt JM, Gracia R, Peñate W, Pitti CT, et al. Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Primera parte. Salud mental [Internet]. 2006 Apr 1 [cited 2024 May 31];29(2):22-9. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252006000200022&script=sci_arttext

Clínico PM Psicólogo. Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia [Internet]. Clínica Moreno - Psicólogos. 2000 [cited 2024 May 31]. Available from: <https://www.clinicamoreno.com/tratamiento-psicologico-del-trastorno-panico-la-agorafobia/>

Retamal MI, Sepúlveda E, Cortés JP, Barraza F, Arancibia M. Desensibilización y reprocesamiento por movimientos

oculares (EMDR) para trastornos ansiosos y depresivos en niños y adolescentes: revisión de la evidencia disponible. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2022 Mar;60(1):51-61.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.

Al E. *Temas de investigación DSM-V : depresión y trastorno de ansiedad generalizada*. Madrid: Médica Panamericana; 2011.

Parga F, Contreras J. Eficacia del tratamiento paralelo de dos trastornos fóbicos : agorafobia y fobia a tragar. 2001 Jan 1;27(116):983-1013.

file:///C:/Users/windows/Downloads/Dialnet-EficaciaDelTratamientoParaleloDeDosTrastornosFobic-7061557.pdf

Ascencio M, Vila MG, Robles-García R, Páez F, Fresán A, Vázquez L. Estudio de traducción, adaptación y evaluación psicométrica del Inventario de Miedos FSSC-II en una muestra de estudiantes de educación media superior. *Salud mental [Internet]*. 2012 Jun 1 [cited 2024 May 31];35(3):195-203. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000300003&script=sci_arttext

Almeida PA, Silva PM de C, Espínola LL, Azevedo EB de, Ferreira Filha M de O. Desafiando medos: relatos de enfrentamento de usuários com transtornos fóbico-ansiosos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013 Aug;66(4):528-34.

González Ceinos M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2007 Mar 1;23(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000100013&script=sci_arttext&tlng=en

Vélez Colque CL. PRESA DENTRO MI PROPIO CUERPO: CASO DE FOBIA SOCIAL. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2024 May 31];17(2):477-93. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000200012&script=sci_arttext 1...:Ciber Revista:... [Internet]. www.enfermeriadeurgencias.com. [cited 2024 May 31]. Available from: <https://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina9.html>

Arab López E. Trastorno dismórfico corporal: ¿temor a la fealdad, obsesión por la belleza, síntoma o enfermedad?

Medwave. 2010 May 1;10(5).

1. Peñate Castro W, Roca Sánchez MJ, del Pino Sedeño T. Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 8];91-101. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v17n2/v17n2a10.pdf>

1. Rozo JA, Acosta AM. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO Y COGNICIÓN IMPLÍCITA. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 2024 [cited 2024 May 31];9(1):63-76. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552006000100006&script=sci_arttext

GARCÍA G, CASTRO D. La psicopatología como máscara de la existencia. Universitas Psychological [Internet]. 2024 [cited 2024 May 31];7(2):585-600. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672008000200021&script=sci_arttext

1. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier JM. Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). Revista de Neuro-Psiquiatria. 2019 Jan 3;81(4):226.

1. Psicothema [Internet]. www.psycothema.com. [cited 2024 May 31]. Available from: <https://www.psycothema.com/pii?pii=1098>

1. Hernández G, Orellana V G, Kimelman J M, Nuñez M C, Ibáñez H C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Revista médica de Chile. 2005 Aug;133(8).
1. Síntomas de la fobia social | menteAmente [Internet]. Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. [cited 2022 Nov 21]. Available from: <https://www.menteamente.com/sintomas-de-la-fobia-social>

TRASTORNO AGORAFÓBICO

Introducción

La agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por temor intenso en situaciones en las que podría ser difícil de escapar o en las que no se dispondría de ayuda en casos de crisis de pánico. Este trastorno tiene una incidencia significativa en la población general, afecta aproximadamente al 1-2% de la población mundial en algún momento de sus vidas. La agorafobia puede manifestarse con o sin trastornos de pánico, lo que influye en su diagnóstico y tratamiento.

Desde un punto de vista clínico, esta se clasifica como un trastorno de ansiedad en el DMS-5 y llega a presentarse junto a otros trastornos psiquiátricos, como la depresión y otros trastornos de ansiedad. En los últimos años la clasificación de la agorafobia ha evolucionado, lo que se correlaciona con una mejor comprensión de la patogenia y su relación con el trastorno de pánico.

La patogenia de la agorafobia implica una combinación de factores genéticos, neurobióticos y ambientales; esta enfermedad puede desarrollarse después de una serie de ataques de pánico, lo que sugiere una vulnerabilidad biológica subyacente y puede ser exacerbada por estrés y otros factores ambientales. Estudios recientes han identificado diferencias en la activación cerebral y la

regulación emocional de los individuos con agorafobia y aquellos sin el trastorno.

El diagnóstico de esta patología requiere una evaluación cuidadosa de los síntomas y su impacto en la vida diaria del paciente. Las herramientas diagnósticas que nos ayudarán a identificar el trastorno incluyen: entrevistas clínicas estructuradas y cuestionarios de autoinforme que evalúan la gravedad y la frecuencia de las conductas de evitación y los síntomas de ansiedad.

Objetivo General

Proporcionar un análisis heurístico y sistemático de la agorafobia, abarcando sus aspectos epidemiológicos, clínicos y patogénicos, así como sus criterios diagnósticos y estrategias terapéuticas. Este análisis tiene como finalidad equipar a los profesionales de la salud mental con las herramientas necesarias para una evaluación más precisa y un manejo efectivo de la agorafobia, considerando su impacto en la calidad de vida de los pacientes y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos

Desarrollo

Antecedentes

El término "agorafobia" proviene del griego "ágora" (mercado) y "phobos" (miedo), y se refiere al miedo a los espacios abiertos o a situaciones donde escapar pueda ser difícil ¹. Aunque el concepto de miedo patológico a ciertos lugares ha existido desde tiempos antiguos, la agorafobia como diagnóstico específico fue formalmente descrita en la literatura médica en el siglo XIX ¹.

Siglo XIX: Primera Descripción Clínica

El médico alemán Carl Westphal fue el primero en describir la agorafobia como un síndrome distinto en su monografía *Die Agoraphobie* en 1871 ². Westphal observó que algunos de sus pacientes experimentaban un miedo irracional e intenso al estar en espacios públicos o abarrotados, especialmente aquellos donde sentían que no podrían escapar fácilmente ². Describió el caso de tres hombres que desarrollaban ansiedad severa al caminar por ciertas calles, plazas o incluso al salir de casa solos, lo que marcó el inicio del reconocimiento de la agorafobia como una entidad clínica independiente y específica dentro de los trastornos de ansiedad ².

Westphal utilizó el término "agorafobia" para diferenciar este miedo particular de otros tipos de fobias y neurosis, observando que sus pacientes no necesariamente temían los espacios abiertos en sí, sino las posibles consecuencias

de estar en esos espacios sin la capacidad de escapar o recibir ayuda ². Sus descripciones detalladas y sistemáticas sentaron las bases para futuros estudios y reconocimientos del trastorno en la comunidad médica ².

Evolución del Diagnóstico

A lo largo del siglo XX, el concepto de agorafobia se fue refinando y diferenciando de otros trastornos de ansiedad. Inicialmente, se consideraba un componente de la neurosis de ansiedad generalizada, pero con el tiempo se reconoció que tenía características específicas que lo distinguían de otros trastornos ¹. La evolución del diagnóstico puede ser resumida en varios hitos clave:

- Primera mitad del siglo XX: La agorafobia era frecuentemente vista como una manifestación de la neurosis de ansiedad, y no se distinguía claramente de otros tipos de miedos y fobias ¹.
- Década de 1960 y 1970: Los avances en la psiquiatría y la psicología clínica llevaron a una mayor diferenciación entre los tipos de trastornos de ansiedad ¹. Se reconoció que la agorafobia a menudo se presenta junto con ataques de pánico, lo que llevó a la exploración de la relación entre ambos ¹.

Clasificación en el DSM y la CIE

La clasificación del trastorno agorafóbico en los manuales de diagnóstico ha evolucionado significativamente:

- DSM-III (1980): La tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) de la American Psychiatric Association fue la primera en incluir la agorafobia como un diagnóstico separado, aunque a menudo se asociaba con el trastorno de pánico ³. En esta edición, la agorafobia se reconocía principalmente en el contexto de ataques de pánico, considerando que muchos individuos desarrollaban agorafobia después de experimentar ataques de pánico en situaciones específicas ³.
- DSM-IV (1995): En esta edición, la agorafobia se clasificaba principalmente como "trastorno de pánico con agorafobia" o "agorafobia sin historia de trastorno de pánico" ⁴. Esta diferenciación reflejaba un mayor entendimiento de que la agorafobia puede presentarse tanto con ataques de pánico como de manera independiente ⁴. Además, se enfatizó la importancia de la evitación comportamental de situaciones temidas ⁴.
- DSM-5 (2014): El DSM-5 reconoce la agorafobia como un trastorno independiente, no necesariamente asociado con el trastorno de pánico ⁵. Esta edición establece criterios diagnósticos claros,

incluyendo el miedo o ansiedad intensa en al menos dos de las cinco situaciones específicas: uso de transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, hacer fila o estar en una multitud, y estar fuera de casa solo ⁵. El DSM-5 también enfatiza la duración y la persistencia del miedo o la ansiedad (seis meses o más) y su impacto significativo en el funcionamiento diario del individuo ⁵.

- CIE-10 y CIE-11: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) también ha reconocido y categorizado la agorafobia de manera similar a los manuales DSM ⁶. En la CIE-10, la agorafobia puede diagnosticarse con o sin pánico, mientras que la CIE-11, lanzada en 2018, continúa esta tendencia de clasificación detallada, reconociendo la agorafobia como una entidad independiente con criterios específicos para el diagnóstico ⁶.

Definición

La agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por el temor intenso a estar en ciertos lugares o situaciones donde escapar pueda ser difícil o embarazoso ⁷. Estas situaciones incluyen estar en multitudes, en espacios abiertos o fuera del hogar ⁷. Las personas con agorafobia

tienden a evitar estos lugares o enfrentarlos con gran angustia⁶. A menudo, temen sufrir una crisis de pánico en estas situaciones ⁶. En casos severos, los pacientes pueden quedarse confinados en sus hogares y solo salir si están acompañados ^{6,7}.

Epidemiología

La agorafobia es un trastorno de ansiedad que afecta a una proporción significativa de la población mundial ⁸. La prevalencia de la agorafobia varía dependiendo de la región y del método de diagnóstico ⁸. A nivel mundial, estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de la agorafobia oscila entre el 1.7% y el 3.6% de la población general ⁸. En Estados Unidos, la prevalencia a lo largo de la vida de la agorafobia sin trastorno de pánico es aproximadamente del 2-2.8%, mientras que la agorafobia con trastorno de pánico afecta a alrededor del 3-5% de la población ⁸.

La incidencia anual de la agorafobia se estima en aproximadamente 0.4% a 0.6% en poblaciones adultas ⁹. La agorafobia típicamente comienza en la adolescencia tardía o en la adultez temprana, con una edad promedio de inicio entre los 17 y 29 años ⁹. Sin embargo, puede desarrollarse a cualquier edad ⁹. Este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres, con una proporción aproximada de 2:1 ⁹. Esta diferencia de género puede atribuirse a

factores biológicos, sociales y psicológicos.

Las tasas de prevalencia también pueden variar según la cultura y la región, indicando que los factores culturales influyen en la expresión y reporte de los síntomas de agorafobia ⁸. En algunas culturas, puede haber una menor tendencia a reconocer o reportar síntomas de ansiedad, lo que afecta las tasas de diagnóstico ⁸. Además, el contexto cultural puede influir en las formas en que se experimentan y gestionan los síntomas de agorafobia ⁸.

La agorafobia a menudo coexiste con otros trastornos mentales, lo que complica su diagnóstico y tratamiento ². Un alto porcentaje de personas con agorafobia también sufre de trastorno de pánico, ya que la mayoría de los casos de agorafobia se desarrollan en personas que también experimentan ataques de pánico ². Además, es común que la agorafobia coexista con otros trastornos de ansiedad, como la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada ². La presencia de trastornos depresivos es también frecuente en individuos con agorafobia, aumentando la gravedad y la complejidad del tratamiento ².

Etiología

La agorafobia suele tener su inicio en la adolescencia tardía o la adultez temprana y puede desencadenarse por diversos factores ¹⁰. En la mayoría de los casos, comienza después de que la persona experimente uno o más ataques de pánico y desarrolle un temor a sufrir más episodios similares ¹⁰. Cuando este miedo empieza a afectar el comportamiento, como evitar lugares que se asocian con los ataques, se puede diagnosticar la agorafobia, considerándose así una complicación del trastorno de pánico ¹⁰.

Sin embargo, también existen otros factores que pueden contribuir al desarrollo de la agorafobia:

- 1.** Factores genéticos: Se ha demostrado que existe un componente hereditario, con una predisposición aproximada del 30% ¹¹.
- 2.** Factores ambientales: Las experiencias de ansiedad por separación durante la infancia, así como situaciones estresantes o traumáticas como la pérdida de un ser querido, problemas laborales o económicos, pueden facilitar la aparición de la agorafobia ¹¹.
- 3.** Características de personalidad: Una mayor sensibilidad a la ansiedad, baja asertividad, tendencia al retraimiento social, miedo a la

evaluación negativa y altos niveles de introversión pueden aumentar la vulnerabilidad ¹².

- 4.** Experiencias infantiles: Patrones de sobreprotección o falta de cariño por parte de los progenitores pueden dificultar el desarrollo de la independencia y favorecer la agorafobia. Asimismo, vivencias de ansiedad en la infancia, como separaciones traumáticas, también pueden influir ¹¹. Además, el abuso sexual o maltrato físico durante esta etapa son factores de riesgo importantes ¹¹.
- 5.** Eventos estresantes: Conflictos interpersonales, familiares o maritales, duelos, consumo de drogas, estrés laboral o escolar pueden desencadenar comportamientos fóbicos en personas vulnerables, aunque estos eventos no siempre contribuyen al mantenimiento del problema ¹¹.
- 6.** Experiencias traumáticas: Sucesos traumáticos vividos directamente fuera del hogar, presenciar experiencias traumáticas de otros o ver a otras personas mostrar miedo ante ciertas situaciones pueden provocar ataques de pánico y síntomas de agorafobia ¹².
- 7.** Proceso de atribución errónea: Cuando se experimentan sensaciones corporales intensas de ansiedad o pánico, pueden asociarse erróneamente a situaciones ambientales específicas, generando

temor y evitación de esos entornos, dando lugar a la agorafobia ¹².

Pronostico

Según el DSM-5, la agorafobia es "persistente y crónica", y son relativamente pocos los casos de remisión completa sin tratamiento u otras intervenciones ¹³. A medida que la agorafobia se agrava, la tasa de remisión disminuye ¹³. Los trastornos de ansiedad comórbidos, la depresión, los problemas de personalidad o los trastornos por consumo de sustancias también disminuyen las probabilidades de un buen pronóstico ¹³.

Cuadro Clínico

La agorafobia se manifiesta a través de una variedad de síntomas que afectan tanto el ámbito físico como el psicológico del individuo (Ver tabla 1) ¹³.

Tabla 1 Manifestaciones Clínicas de la agorafobia

Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos
Taquicardia	Miedo intenso
Diaforesis	Ansiedad anticipatoria
Temblor	Evitación
Disnea	Desrealización
Dolor torácico	Despersonalización

Mareo, náuseas y vomito	Dependencia
Tensión muscular	
Parestesias	
Sofocos o escalofríos	

Fuente: Balaram K, Marwaha R. Agorafobia. PubMed [Internet]. 2023 [cited 2024 May 22];1-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119274/>

Las limitaciones en la movilidad pueden llevar a la incapacidad para salir de casa, afectando la realización de actividades cotidianas como ir de compras, trabajar o participar en eventos sociales ¹³. El aislamiento social se intensifica, ya que los individuos tienden a retirarse de las interacciones sociales para evitar situaciones que podrían desencadenar síntomas ¹³. Esta evitación afecta negativamente el desempeño laboral o académico, dificultando la mantención de un empleo o la asistencia a clases. En conjunto, estos factores contribuyen a una disminución considerable de la calidad de vida ¹³.

Complicaciones

La agorafobia en sí se asocia a una angustia y un deterioro importantes de la vida ¹³. En los casos graves, puede hacer que las personas queden completamente confinadas en casa y dependan de otros para cualquier cosa que requiera salir de casa ¹³. Esto puede llevar a la automedicación con

medicamentos de venta libre u otras sustancias. El DSM-5 establece que las tasas de remisión sin tratamiento son bastante bajas, con medias estimadas en torno al 10% ¹³.

La agorafobia también se asocia a un mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor comórbido, trastorno depresivo persistente (distimia) y trastornos por consumo de sustancias ¹³.

Comorbilidades

La agorafobia a menudo se presenta con diferentes comorbilidades que dificultan su diagnóstico como tratamiento, los más comunes se encuentran los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico¹⁴. Las personas con esta patología suelen experimentar ataques de pánico recurrentes que exacerban el miedo y la evitación de situaciones que perciben como peligrosas, creando un ciclo que aumenta otros trastornos¹⁴.

Otra comorbilidad es la depresión mayor, la incapacidad de salir de casa o de realizar actividades normales debido al miedo o puede llevar a sentimientos de desesperanza y aislamiento, lo que desencadena o agrava episodios depresivos¹⁵. La suma de agorafobia y depresión mayor requiere un enfoque terapéutico que agrupe ambos aspectos para ser más efectivo¹⁵.

El abuso de sustancias es el problema más recurrente para padecer la enfermedad, varios individuos recurren a drogas

o alcohol como un mecanismo de afrontamiento para manejar su ansiedad, lo que conlleva a dependencia y a complicaciones adicionales¹⁴. Las enfermedades crónicas, falta de actividad física y niveles altos de estrés pueden contribuir a la aparición de enfermedades metabólicas, estos problemas de salud física agravan aún más el malestar emocional y pueden complicarla adherencia al tratamiento psicológico¹⁴.

Para finalizar, las dificultades sociales y familiares son comunes en personas con agorafobia¹⁶. El miedo a salir de casa puede resultar en la pérdida de empleo y problemas en las relaciones interpersonales, por ende, aumenta la probabilidad de conflictos y estrés familiar son indispensables para mejorar el pronóstico¹⁷.

Todos los puntos tratados anteriormente recalcan la necesidad de un enfoque multidisciplinario y comprensivo en el tratamiento de la agorafobia y sus comorbilidades, que engloben aspectos psicológicos como físicos de los trastornos para lograr una recuperación afectiva^{16,17}.

Clasificación

La agorafobia se clasifica como un trastorno de ansiedad caracterizado por una intensa ansiedad o miedo en situaciones donde escapar podría ser difícil o donde la ayuda no estaría si surgiera un ataque de pánico¹⁸. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales (DMS-5), se diagnostica cuando una persona experimenta miedo o ansiedad persistentes por más de seis meses en al menos dos de las siguientes situaciones: estar en espacios abiertos, usar transporte público, estar en lugares cerrados, estar fuera de casa, hacer cola o estar en multitud¹⁹.

La agorafobia se puede presentar con o sin trastornos de pánico:

- a. Agorafobia con trastornos de pánico: el individuo llega a experimentar y posteriormente desarrolla miedo a estos ataques en situaciones específicas lo que lleva a evitar dichas situaciones²⁰.
- b. Agorafobia sin trastornos de pánico: no se evidencia historial de ataque de pánico, pero el individuo teme situaciones específicas por diferentes razones como, miedo a sufrir un crimen o contraer alguna enfermedad²¹.

Tabla 2 Diferencias de Trastornos Agorafóbicos con Trastornos de Pánico y sin Trastornos de Pánico

Característica	Agorafobia con trastornos de Pánico	Agorafobia sin Trastornos de Pánico
Presencia de Ataques de Pánico	Frecuentes ataques de pánico inesperados	Ausencia de ataques de pánico inesperados.
Motivo de Miedo	Miedo a sufrir ataques de pánico	Miedo a situaciones otras

	en situaciones específicas	razones (crimen, enfermedad)
Evitación de Situaciones	Evitación de situaciones específicas de los ataques de pánico	Evitación de situaciones debido a otros temores
Diagnóstico	Incluye criterios para el trastorno de pánico además de la agorafobia	Solo cumple criterios para la agorafobia

Fuente: Elaboración Propia ^{20,21}

Criterios Diagnósticos de Agorafobia

Para cumplir con los criterios de agorafobia del DSM-5-TR, los pacientes deben tener miedo o ansiedad marcados y persistentes (≥ 6 meses) sobre 2 o más de las siguientes situaciones¹⁷:

- Usar el transporte público.
- Estar en espacios abiertos (p. ej., estacionamiento, mercado).
- Estar en un lugar cerrado (p. ej., tienda, teatro).
- Hacer cola o estar entre una multitud.
- Estar solo fuera de casa.

El miedo debe implicar pensamientos de que escapar de la situación podría ser difícil o que los pacientes no recibirían ayuda si quedaran incapacitados por el miedo o un ataque de pánico¹⁷. Además, debe estar presente todo lo siguiente:

- Las mismas situaciones casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- Los pacientes evitan activamente la situación y/o requieren la presencia de un acompañante.
- El miedo o la ansiedad no guarda proporción con la amenaza real (teniendo en cuenta las normas socioculturales).
- El miedo, la ansiedad y/o la evitación causan angustia significativa o perjudican significativamente el funcionamiento social u ocupacional.
- Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad y/o la evitación son claramente excesivos.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial se centra en diferenciar de otro tipo de trastornos que llegan a presentar síntomas similares²². A continuación, se presenta un cuadro con algunas diferencias entre la agorafobia y otros trastornos:

Tabla 3 Diagnóstico Diferencial de Agorafobia y Otro Tipos de Trastornos

Trastorno	Características Principales	Diferencias Clave con la Agorafobia
Trastornos de Pánico	Episodios recurrentes de pánico intenso que pueden incluir	La agorafobia puede desarrollarse como una complicación del

	palpitaciones, sudoración, y sensación de muerte inminente.	trastorno de pánico, pero se caracteriza por el miedo a situaciones específicas debido a la preocupación de no poder escapar o recibir ayuda durante un ataque de pánico
Trastornos de Ansiedad Social	Miedo intenso a situaciones sociales por temor a ser juzgado o evaluado negativamente.	La agorafobia se centra en el miedo a situaciones donde escape podría ser difícil o la ayuda no disponible
Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT)	Reexperimentación de un evento traumático, evitación de recordatorios del trauma, y síntomas de hiperexcitación.	La agorafobia no se relaciona con un evento traumático específico, y su enfoque está en evitar situaciones por miedo al pánico, no a recuerdos traumáticos.
Fobias Específica	Miedo irracional a un objeto o situación particular, como volar o alturas.	Las fobias específicas están limitadas a un objeto o situación particular, mientras que la agorafobia involucra múltiples situaciones y la preocupación sobre la dificultad de escapar o recibir ayuda.

Trastornos Obsesivo Compulsivo	Pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos repetitivos para aliviar la ansiedad.	No implica compulsiones repetitivas, sino la evitación de situaciones que podrían desencadenar pánico
--------------------------------	--	---

Fuente: Elaboración Propia

Tratamiento

La combinación de enfoques es un punto clave para tratar la severidad de los síntomas y el impacto en la vida del paciente, los principales tratamientos actualizados se abordan desde un punto de vista psicoterapéutico y farmacológico¹⁷:

- 1. Psicoterapéutico:** es uno de los tratamientos más efectivos para la agorafobia¹⁷. La TCC (terapia cognitivo-conductual) ayuda a los pacientes a identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos y comportamientos asociados con el miedo a situaciones que desencadenan la agorafobia. Se utiliza la exposición gradual a las situaciones temidas para reducir la ansiedad¹⁷.

La terapia de exposición implica exponer al paciente de manera controlada y segura a las situaciones que temen. La exposición puede ser en vivo o a través de realidad virtual

(VRET)¹⁷. La VRET ha mostrado ser una alternativa efectiva y menos intimidante para algunos pacientes¹⁷.

Las terapias grupales, especialmente aquellas basadas en TCC, pueden proporcionar apoyo social y compartir experiencias similares, lo que ayuda a los pacientes a sentirse menos aislados¹⁷.

Las terapias alternativas de apoyo incluyen técnicas de relajación, mindfulness, y ejercicios de respiración que pueden ayudar a manejar los síntomas de ansiedad; estos métodos son útiles como complemento a las terapias más tradicionales¹⁷. Los cambios en el estilo de vida como la práctica regular de ejercicio, una dieta equilibrada, y la reducción de la cafeína y el alcohol, pueden tener un impacto positivo en la ansiedad general y en la agorafobia específicamente¹⁷.

2. Medicamentos

Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y los ansiolíticos pueden ser prescritos para ayudar a reducir los síntomas de ansiedad ¹⁷. La medicación es generalmente más efectiva cuando se combina con terapia psicológica ¹⁷. Es importante destacar que, aunque la medicación puede ser efectiva para controlar los síntomas, no suele ser suficiente por sí sola para abordar las causas subyacentes de la

agorafobia ¹⁷.

Por esta razón, la medicación es generalmente más efectiva cuando se combina con terapia psicológica ¹⁷. Esta combinación de tratamiento farmacológico y psicológico ofrece un enfoque más integral y efectivo para el tratamiento de la agorafobia, permitiendo a los pacientes no solo aliviar sus síntomas, sino también desarrollar estrategias a largo plazo para manejar su condición ¹⁷.

Bibliografía

Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8va edición. España: Elsevier Masson; 2015. 1-2272 p.

Kapsambelis V. Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2017. 1-1040 p.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. 3a Edición. Washington: American Psychiatric Association; 1980 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>

Pichot Pierre, López J, Valdés M. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. 4a Edición. Barcelona: Masson; 1995 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 5a Edición. Estados Unidos: American Psychiatric Association; 2014. Available from: www.appi.org

Livingstone C. GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-10 [Internet]. Editorial Medico Panamericana; 1994 [cited 2024 May 22]. Available from:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sadock B, Ahmad S, Sadock V. Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 6a edición. España: Wolters Kluwer; 2019. 1-793 p.

Barnhill J. Agorafobia [Internet]. Manual MSD. 2023 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/agorafobia>

Gonzales A, Alfaro M, Muñoz J. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. [Internet]. 2020. Available from: <https://cpage.mpr.gob.es/>

Cruz L. Agorafobia: causas y factores determinantes [Internet]. Aesthesis Psicólogos Madrid. 2022 [cited 2024 May 22]. p. 1-18. Available from: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/agorafobia-causas-factores-determinantes/>

Márquez J. Agorafobia: qué es, síntomas, causas y posibles soluciones [Internet]. Clínica de la Familia. 2022 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://www.fundacionclinicadelafamilia.org/agorafobia-que-es-sintomas-causas-y-posibles-soluciones/>

Dolgopol M. Agorafobia [Internet]. TOPDOCTORS. 2023

[cited 2024 May 22]. Available from:
<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/agorafobia#>

Balaram K, Marwaha R. Agorafobia. PubMed [Internet]. 2023 [cited 2024 May 22];1-5. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119274/>

Bilet T, Olsen T, Andersen JR, Martinsen EW. Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: A prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up. BMC Psychiatry [Internet]. 2020 May 24 [cited 2024 May 23];20(1):1-7. Available from:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02679-w>

Parte 4: Barreras al tratamiento integral de personas con trastornos concurrentes | Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) [Internet]. [cited 2024 May 23]. Available from:
<https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-4-barriers-to-comprehensive-treatment-individuals-co-occurring-disorders>

Agoraphobia - Psychiatric Disorders - Merck Manual Professional Edition [Internet]. [cited 2024 May 23]. Available from:
<https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related->

disorders/agoraphobia

Roest AM, de Vries YA, Lim CCW, Wittchen HU, Stein DJ, Adamowski T, et al. A comparison of DSM-5 and DSM-IV agoraphobia in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety*. 2019 Jun 1;36(6):499-510.

Theravive [Internet]. [cited 2024 May 23]. Available from: [https://www.theravive.com/therapedia/agoraphobia-dsm--5-300.22-\(f40.00](https://www.theravive.com/therapedia/agoraphobia-dsm--5-300.22-(f40.00)

Descripción general - Agorafobia - NHS [Internet]. [cited 2024 May 23]. Available from: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/agoraphobia/overview/>

Chawla N, Anothaisintawee T, Charoenrungrueangchai K, Thaipisuttikul P, Mckay GJ, Attia J, et al. Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* [Internet]. 2022 Jan 19 [cited 2024 May 23];376. Available from: <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-066084>

Olose EO, Busari CO, Anake GA, Orowigho A. Agoraphobia With Panic Disorder in a Psychiatric Setting: A Case Report. 2024 Apr 12 [cited 2024 May 23]; Available from: <https://www.researchsquare.com>

Tibi L, Van Oppen P, Aderka IM, Van Balkom AJLM, Batelaan NM, Spinhoven P, et al. An admixture analysis of age of onset in agoraphobia. *J Affect Disord*. 2015 Jul

15;180:112-5.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

Introducción

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un trastorno mental complejo y debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo¹. Caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes e intrusivas, el TOC puede tener un impacto profundo en la calidad de vida de quienes lo padecen, provocando angustia emocional significativa y dificultades en el funcionamiento diario.

A pesar de ser un trastorno relativamente común en la población general, el TOC sigue siendo un desafío clínico y sigue estando rodeado de estigma y malentendidos. Sin embargo, en las últimas décadas, se han realizado importantes avances en la comprensión de su etiología, manifestaciones clínicas y opciones de tratamiento.

Esta investigación se explorará sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, abordando aspectos clave como su definición, epidemiología, comorbilidad, etiología, diagnóstico y cuadro clínico, así como las estrategias de tratamiento actuales y emergentes.

Al comprender mejor esta condición, se pueden desarrollar enfoques más efectivos para el manejo del TOC, mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir el estigma

asociado con este trastorno. Además, una mayor conciencia y comprensión del TOC puede facilitar la detección temprana y la intervención oportuna, lo que puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento.

Objetivo General

Proporcionar una visión integral del TOC, combinando hallazgos de investigaciones previas con perspectivas actualizadas y avances recientes en el campo, se espera contribuir a un mejor entendimiento y manejo del TOC, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Desarrollo

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

Definición

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad debilitante caracterizada por obsesiones y compulsiones¹. Además, se define como una afección crónica y muy frecuente que conlleva una discapacidad significativa a nivel global. Es el caso más representativo de los "trastornos obsesivo-compulsivos y afines", un conjunto de enfermedades que actualmente se agrupan juntas en los manuales de diagnóstico de trastornos mentales, y que con frecuencia no son debidamente diagnosticados ni

tratados².

Por tanto, la obsesión es un pensamiento, sentimiento, idea o sensación que invade la mente de manera persistente e inoportuna. A diferencia de la obsesión que es un fenómeno cognitivo, la compulsión se manifiesta en el comportamiento. Es decir, una compulsión es una acción conductual consciente, estandarizada y repetitiva, como contar, verificar o evitar situaciones. La persona con Trastorno Obsesivo Compulsivo reconoce la naturaleza irracional de la obsesión y vive tanto la obsesión como la compulsión como algo ajeno a su voluntad (es decir, conductas no deseadas que van en contra de su propio ser)³.

Epidemiología

La epidemiología del TOC revela una prevalencia del 1-3% a nivel mundial, siendo el cuarto trastorno mental más común y uno de los más incapacitantes. En un estudio realizado en estudiantes de medicina de la UCEVA, se encontró que el 44,6% de los participantes presentaban criterios sintomáticos compatibles con TOC, lo cual destaca la alta incidencia en poblaciones sometidas a altos niveles de estrés. Además, el desarrollo de los síntomas suele estar asociado a eventos estresantes, y aproximadamente el 50-70% de los casos se presentan después de tales eventos⁴.

La edad promedio de inicio de este trastorno es 19.5 años,

y alrededor de una cuarta parte de los casos comienzan a manifestarse a los 14 años. Si bien es más común que el TOC se presente en mujeres que en hombres, cerca del 25% de los varones desarrollan síntomas antes de cumplir los 10 años de edad ⁵. Por lo tanto, aunque la incidencia general es ligeramente mayor en el género femenino, una proporción considerable de casos en hombres tienen un inicio muy temprano en la infancia.

Comorbilidad

El TOC rara vez ocurre de forma aislada en la población infantil y adolescente. Con mucha frecuencia, este trastorno se presenta junto con otras condiciones psicológicas. De hecho, sólo uno de cada cinco niños con TOC no manifiesta ningún otro trastorno asociado. La gran mayoría, es decir, cuatro de cada cinco niños con TOC, sufren además de otros problemas de salud mental. Entre los trastornos más comunes que coexisten con el TOC infantil se encuentran los denominados "trastornos interiorizados" como el trastorno de ansiedad por separación y la depresión. Más de la mitad de los niños y más de un tercio de los adolescentes con TOC también padecen ansiedad por separación. Además, cerca de 4 de cada 10 niños y 6 de cada 10 adolescentes con TOC sufren de depresión.

Pero el TOC también suele ir acompañado de los llamados "trastornos exteriorizados" como el Trastorno por Déficit de

Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno Negativista Desafiante. Aproximadamente la mitad de los niños con TOC tienen TDAH y casi la mitad presentan un trastorno negativista desafiante⁶. Entre todos los trastornos de ansiedad, el riesgo de tener al menos un trastorno de personalidad comórbido es el más alto para el TOC (52%)

Etiología

Factores biológicos. Alteraciones neuroquímicas.

Glutamato. El principal neurotransmisor excitatorio del sistema nervioso central parece desempeñar un papel clave en la fisiopatología del TOC. Dentro del modelo de los circuitos córtico-estriado-tálamo-corticales (CSTC) implicados en el trastorno, se ha sugerido una desregulación de la señalización glutamatérgica, con una concentración reducida de glutamato en la corteza cingulada anterior, pero hiperactividad de esta vía en el cuerpo estriado y corteza orbitofrontal. Estas alteraciones en la neurotransmisión glutamatérgica podrían conducir a los patrones de pensamiento y conducta repetitiva características del TOC. Además, estudios han detectado niveles elevados de glutamato en el líquido cefalorraquídeo de pacientes, y ciertas variantes genéticas asociadas a los

receptores de glutamato se han vinculado al trastorno. Por lo tanto, el glutamato emerge como un neurotransmisor central en la etiología del TOC, respaldando el interés en fármacos moduladores de este sistema para el tratamiento, especialmente en casos refractarios⁷.

Serotonina. La eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento del TOC, a diferencia de otros antidepresivos que no actúan sobre la serotonina, llevó inicialmente a hipotetizar que una disfunción en los sistemas serotoninérgicos cerebrales podría ser la base fisiopatológica de este trastorno.

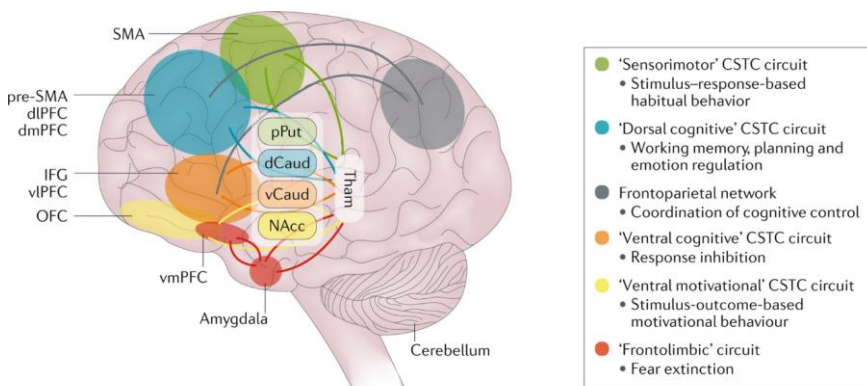
Sin embargo, los resultados de diversos estudios farmacológicos y de neuroimagen que evalúan directamente la función serotoninérgica en pacientes con TOC han sido inconsistentes y equívocos. Por ejemplo, la depleción aguda de triptófano, que reduce los niveles de serotonina, no empeoró los síntomas obsesivo-compulsivos, aunque sí aumentó los síntomas depresivos. Asimismo, los estudios con ligandos de transportadores y receptores de serotonina mediante tomografía por emisión de positrones no han revelado diferencias claras entre pacientes y controles sanos⁸.

Circuitos neuronales. Los déficits cognitivos y afectivos observados en pacientes con TOC podrían estar relacionados con anomalías en circuitos neuronales específicos. Inicialmente se pensó que el TOC podría surgir

por lesiones cerebrales localizada. Si bien los modelos animales de comportamientos repetitivos y de aseo han ayudado a entender estos circuitos, los avances en técnicas de neuroimagen funcional y estructural han sido fundamentales. Estos estudios han dado lugar a influyentes modelos de circuitos cortico-estriado-tálamo-corticales (CSTC) paralelos e interconectados que estarían involucrados en los procesos sensoriomotores, cognitivos, afectivos y motivacionales alterados en el TOC (Figura 1). De hecho, las neuroimágenes muestran anomalías en varias regiones de estos circuitos CSTC en pacientes con TOC en comparación con controles sanos.

Además, otros modelos han implicado alteraciones en las redes frontolímbicas, frontoparietales y cerebelosas en esta condición⁸

Figura 1. Anormalidades en circuitos neuronales



Fuente: Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy

YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2019 Aug 1;5(1):52⁸.

Anomalidad Estructural. Un estudio encontró una menor densidad neuronal específica en una capa de la corteza orbitofrontal en siete sujetos con TOC, aunque esta investigación tiene las limitaciones de una muestra pequeña y diagnósticos realizados después de la muerte⁹. Otro este estudio encontró que los pacientes con TOC tenían un volumen reducido en las regiones dorsomedial prefrontal, orbitofrontal medial e ínsula opercular del cerebro, pero un mayor volumen del putamen y el cerebelo en comparación con los controles sanos. El aumento de volumen del putamen fue más pronunciado en pacientes de mayor edad. Además, los pacientes que presentaban obsesiones agresivas y compulsiones de control prominentes mostraron un volumen menor de la amígdala derecha en comparación con otros individuos con TOC⁸.

Inmunológicas. El TOC puede tener un componente autoinmune en ciertos casos, conocidos como síndromes obsesivo-compulsivos secundarios o inmunomediados. El ejemplo más estudiado es el trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado con infecciones estreptocócicas (PANDAS), en el que una respuesta autoinmune desencadenada por estreptococos pudiera causar síntomas obsesivo-compulsivos en niños.

Recientemente se ha ampliado este concepto a otros patógenos además de estreptococos (PANS). Existen datos que sugieren un mayor riesgo de desarrollar TOC después de infecciones estreptocócicas y que familiares de pacientes con TOC tienen más infecciones estreptocócicas. Asimismo, se plantea si infecciones como COVID-19 podrían desencadenar casos de TOC autoinmune.

Además de PANDAS/PANS, el TOC secundario puede ocurrir en el contexto de encefalitis autoinmune, esclerosis múltiple y otras enfermedades autoinmunes que afectan el sistema nervioso central o tienen manifestaciones sistémicas. Diversos estudios han encontrado una mayor incidencia de TOC en pacientes con antecedentes de trastornos autoinmunes. Si bien no es concluyente, también existe cierta evidencia de alteraciones inmunológicas como cambios en citoquinas, anticuerpos y microbioma en casos de TOC primario o idiopático¹⁰

Genética. El TOC posee una sólida base etiológica de carácter genético y biológico. Los estudios familiares revelan que el riesgo de padecer TOC es 7 veces mayor en familiares de primer grado de personas afectadas en comparación con controles. Asimismo, las investigaciones con gemelos muestran correlaciones significativamente más altas de síntomas obsesivo-compulsivos entre gemelos monocigóticos (0.47-0.52) que entre dicigóticos (0.20-0.27),

indicando una contribución genética sustancial estimada en aproximadamente un 46%, mientras que el 54% restante se atribuye a factores ambientales no compartido¹¹.

Una investigación reveló una asociación significativa a nivel de todo el genoma (rs7856850) en el gen PTPRD con los síntomas obsesivo-compulsivos, en una muestra de 5018 participantes del estudio Spit for Science. Esta asociación también se observó en un metaanálisis independiente que incluyó muestras clínicas de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo y muestras de control, con un total de 11.980 individuos. Este hallazgo respalda la participación del gen PTPRD en la etiología de los síntomas y el trastorno obsesivo-compulsivo desde una perspectiva genómica¹².

El gen candidato para TOC más potente hasta la fecha es SLC1A1, que codifica el transportador neuronal de glutamato EAAT3. Hasta ahora, SLC1A1 no ha adquirido el nivel estricto de evidencia estadística para ser considerado un gen de riesgo definitivo para el TOC¹³.

Factores conductuales

Desde la perspectiva del condicionamiento operante y clásico, las obsesiones y compulsiones características del TOC se explicarían de la siguiente manera: Las obsesiones se desarrollarían a través de un proceso de condicionamiento clásico, donde estímulos inicialmente neutros (como objetos o pensamientos) se asocian con eventos que generan miedo o ansiedad, convirtiéndose en estímulos condicionados que desencadenan malestar.

Por otro lado, las compulsiones o rituales se establecerían mediante condicionamiento operante por reforzamiento negativo. Cuando una persona descubre que realizar determinadas conductas reduce la ansiedad provocada por las obsesiones, tiende a repetir esas acciones para aliviar el malestar. De este modo, las estrategias de evitación se refuerzan negativamente al eliminar la sensación de ansiedad, consolidándose como patrones compulsivos. Este modelo explicaría por qué ideas no amenazantes generan temor y cómo se instauran conductas repetitivas de afrontamiento en el TOC³.

Factores psicosociales

Personalidad. Los pacientes con TOC es un patrón persistente de perfeccionismo excesivo, preocupación por el orden y los detalles, y la necesidad de controlar el entorno. Las personas con TOC a menudo presentan características cognitivas y conductuales como indecisión, dificultad para afrontar cambios, problemas para relacionarse y compartir emociones, arrebatos de ira cuando se amenaza su control, procrastinación, tendencia a sobreexplicar, atención excesiva a los detalles, autocrítica implacable, incumplimiento de plazos, dificultad para gastar dinero, tendencia a no priorizar el ocio, dificultad para seguir planes ajenos, problemas para trabajar en grupos y un procesamiento de información orientado a los detalles. Los rasgos se asocian con un deterioro funcional significativo en los ámbitos laboral, escolar, social y de ocio, suelen ser vistas como controladoras, rígidas y esperan que otros se ajusten a su forma "correcta" de hacer las cosas. Experimentan altos niveles de angustia interna y deterioro del funcionamiento interpersonal, con dificultades para reconocer los puntos de vista de los demás, intransigencia, exigencia y arrebatos de ira y hostilidad¹⁴.

Sigmund Freud. Según la teoría psicoanalítica clásica, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) era denominado

"neurosis obsesivo-compulsiva" y se consideraba una regresión de la fase edípica a la fase psicosexual anal del desarrollo. Freud postulaba que cuando los pacientes con TOC se sentían amenazados por la ansiedad relacionada con impulsos inconscientes reprimidos o la posible pérdida de un ser querido significativo, retrocedían de la posición edípica y regresaban a un estado emocional intensamente ambivalente asociado con la fase anal. Esta ambivalencia estaba vinculada a la dificultad para separar la fusión entre las pulsiones sexuales y agresivas características de la fase edípica. La coexistencia de odio y amor hacia una misma persona dejaba a los pacientes paralizados por la duda y la indecisión³.

Diagnóstico y Cuadro Clínico

El diagnóstico es completamente clínico, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) recomienda que, al diagnosticar el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), el clínico evalúe el nivel de conciencia o comprensión que tiene el paciente sobre sus propias creencias y comportamientos obsesivos. En la tabla 1 se muestran los criterios según (DSM-5). El cual establece tres niveles de introspección: buena o aceptable, poca y ninguna. Los pacientes con buena introspección reconocen

que es poco probable que sus creencias obsesivas sean ciertas, o permitir que pudiesen ser ciertas o no. Aquellos con poca introspección tienden a pensar que sus creencias obsesivas son probablemente verdaderas. Y los que carecen de introspección están completamente convencidos de que sus creencias relacionadas con el TOC son reales y acertadas^{3,15}.

También se incluye el diagnóstico con criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo según la CIE-10 tabla 2(16)

Tabla 2. Criterios Diagnósticos Del Trastorno Obsesivo-Compulsivo Según El DSM-5

<p>A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas Las obsesiones se definen como (1) y (2)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusivos, inapropiados y que causan en la mayoría de individuos ansiedad o malestar.2. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. <p>Las compulsiones se definen como (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comportamientos repetitivos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p.ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.2. Los comportamientos o actos mentales tienen como

objetivo la prevención o reducción de la ansiedad o el malestar, o la prevención de algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. Nota: los niños pequeños pueden no ser capaces de articular el objetivo de estos comportamientos o actos mentales.

- B.** Las obsesiones o compulsiones representan una pérdida de tiempo (p. ej., suponen más de 1 hora por día) o causan malestar clínico significativo, o interfieren en el funcionamiento social o laboral, u otra área importante de funcionamiento.
- C.** Los síntomas obsesivo-compulsivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) u otra enfermedad médica.
- D.** El trastorno no se explica mejor como síntoma de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas en un trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por la apariencia en un trastorno dismórfico corporal; dificultad para deshacerse o separarse de posesiones, como en un trastorno de acumulación; tirar del pelo, como en la tricotilomanía; estereotipias, como en un trastorno por movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en un trastorno de la conducta alimentaria; preocupación por sustancias o juego como en un trastorno adictivo o un trastorno relacionado con sustancias; preocupación por tener una enfermedad como en la hipocondría; fantasías o urgencias sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en un trastorno perturbador del control de impulsos o un trastorno de conducta; rumiaciones de culpa, como en un trastorno depresivo mayor; inserción de pensamientos o preocupaciones delirantes, como en el espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos; o patrones repetitivos del comportamiento, como en un trastorno del espectro autista).

Especificar si:

- Con buena conciencia de enfermedad: la persona reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son definitiva o probablemente no ciertas, o que pueden o no pueden ser ciertas.
- Con escasa conciencia de enfermedad: la persona piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.
- Sin conciencia de enfermedad/creencias delirantes: la persona está completamente convencida de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

Está relacionado con tics: la persona tiene historia pasada o actual de trastorno por tics.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5-TR® Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta. Panamericana; 2024¹⁵.

Tabla 3. Criterios Diagnósticos Del Trastorno Obsesivo-Compulsivo Según La Cie-10

- A. Presencia de obsesiones o compulsiones (o ambas) la mayor parte de los días durante un período de al menos semana
- B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos) comparten las siguientes características, que tienen que estar presentes todas:
 1. El paciente reconoce que se originan en su mente y no son impuestas externamente por personas o influencias.
 2. Son reiteradas y desagradables, y debe haber al menos obsesión o una compulsión que el paciente reconoce como excesiva o irracional.
 3. El paciente intenta resistirse a ellas (aunque la

resistencia a obsesiones compulsiones de larga evolución puede ser mínima). Debe haber al menos una obsesión o una compulsión que es resistida sin éxito.

4. Experimentar pensamientos obsesivos pensamientos obsesivos o llevar a llevar a cabo actos compulsivos si mismo placentero do cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión)
 - C. Las obsesiones o las compulsiones producen malestar o interfieren con el funcionamiento social o individual del paciente, normalmente por el tiempo
 - D. Criterio de exclusión asado con más frecuencia. Las obsesiones a las compulsiones resultado de trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) o trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. España: Editorial Medica Panamericana; 2000¹⁶.

Patrones sintomáticos

El TOC muestra 4 patrones sintomáticos principales: contaminación, duda patológica, pensamientos intrusivos y simetría³.

Otros patrones que se observan son temas religiosos y sexuales (30,2%), acerca de enfermedades (14,3%), hacer daño (24,2%), rituales mentales, acumulación (62,3%), chequeo (79,3%) tricotilomanía y onicofagia^{3,4}.

Evaluación del Estado Mental en el Diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

La evaluación del estado mental es una parte fundamental del diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Esta evaluación implica una entrevista detallada y estructurada que se centra en identificar y caracterizar las obsesiones y compulsiones del paciente, así como en evaluar el impacto de estos síntomas en su vida diaria. El proceso de evaluación es meticuloso y debe abordar varios aspectos clave para obtener un diagnóstico preciso y exhaustivo ²².

Historia Clínica y Entrevista Psiquiátrica

La historia clínica es la columna vertebral de la evaluación diagnóstica. Debe incluir una revisión exhaustiva de los síntomas actuales y pasados del paciente, así como su historial médico, psiquiátrico y familiar. Es fundamental explorar la duración, frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones, y cómo estos síntomas afectan la vida social, ocupacional y personal del individuo¹⁵.

Revisión de síntomas actuales: Es esencial documentar todos los síntomas que el paciente experimenta actualmente, incluyendo el tipo, duración y frecuencia de las obsesiones y compulsiones ²³.

Historial de síntomas pasados: Evaluar si el paciente ha

tenido síntomas similares en el pasado, su evolución y cualquier tratamiento previo recibido.

Historial médico y psiquiátrico: Incluir condiciones médicas concurrentes y cualquier diagnóstico psiquiátrico previo, ya que pueden influir en el tratamiento y el pronóstico¹⁵.

Historial familiar: Explorar la presencia de TOC u otros trastornos psiquiátricos en la familia, ya que hay una componente genética significativa en el TOC.

Herramientas de Evaluación Estandarizadas

Las herramientas de evaluación estandarizadas son esenciales para cuantificar la severidad de los síntomas y asegurar un diagnóstico preciso. Dos de las herramientas más utilizadas son:

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Esta escala es ampliamente utilizada para evaluar la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Consiste en una serie de preguntas que permiten al clínico medir la gravedad de las obsesiones y compulsiones de manera cuantitativa. La Y-BOCS evalúa aspectos como el tiempo ocupado por las obsesiones y compulsiones, la interferencia en el funcionamiento diario, el malestar asociado y el grado de resistencia y control percibido por el paciente⁹.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):

Una entrevista diagnóstica estructurada que permite identificar la presencia de TOC y otras condiciones psiquiátricas comórbidas. La MINI es útil para asegurar un diagnóstico preciso y diferenciar el TOC de otros trastornos con síntomas superpuestos.

Evaluación de las Obsesiones

Las obsesiones se caracterizan por pensamientos recurrentes, persistentes e intrusivos que causan un alto grado de ansiedad. Durante la entrevista, es importante explorar:

Contenido de las obsesiones: Los pensamientos comunes incluyen miedo a la contaminación, dudas constantes, necesidad de simetría, pensamientos agresivos o sexuales no deseados. Identificar el contenido específico de las obsesiones ayuda a formular un plan de tratamiento adecuado.

Respuesta emocional: Evaluar el nivel de ansiedad o malestar asociado a estos pensamientos. Es fundamental comprender cómo los pacientes perciben y reaccionan ante sus obsesiones.

Intentos de supresión: Investigar los esfuerzos del paciente para ignorar o suprimir las obsesiones y los métodos utilizados. Esto puede incluir comportamientos

evitativos o rituales mentales ²³.

Evaluación de las Compulsiones

Las compulsiones son conductas repetitivas que el paciente se siente impulsado a realizar para reducir la ansiedad provocada por las obsesiones. La evaluación debe incluir:

Tipos de compulsiones: Lavado excesivo, comprobación repetitiva, orden y simetría, conductas mentales como contar o repetir palabras. Cada tipo de compulsión puede requerir estrategias terapéuticas específicas.

Frecuencia y duración: Cuantificar el tiempo dedicado a estas conductas y su impacto en la rutina diaria. Esta información es crucial para evaluar la severidad del TOC y planificar el tratamiento.

Motivación y resistencia: Explorar el grado de control percibido por el paciente sobre sus compulsiones y su resistencia a realizarlas. Comprender la motivación detrás de las compulsiones puede guiar las intervenciones terapéuticas ²².

Evaluación del Impacto Funcional

La influencia del TOC en diferentes aspectos de la vida de una persona es considerable. Es crucial evaluar:

El impacto de los síntomas en las relaciones interpersonales y la capacidad de relacionarse con los demás es un aspecto crucial de la vida social. Cuando los síntomas interfieren con las interacciones sociales, pueden provocar sentimientos de aislamiento y deteriorar aún más la calidad de vida general.

El impacto del trabajo o el rendimiento académico en la productividad y la capacidad para cumplir con las responsabilidades es una consideración crucial. Los síntomas del TOC pueden provocar ausentismo y reducción de la productividad ²².

El impacto en las actividades diarias, el cuidado personal y el bienestar general es un aspecto importante de la vida personal. El grado en que el TOC dificulta el autocuidado y las tareas diarias sirve como una medida crucial de su gravedad.

La evaluación exhaustiva sirve como una base sólida para formular una estrategia de tratamiento exitosa que se personalice para abordar los requisitos únicos del paciente y es crucial para rastrear los avances y realizar los ajustes necesarios en los enfoques terapéuticos ²⁴.

Diagnóstico Diferencial

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas y no deseadas que se repiten y persisten, generando una gran angustia y ansiedad. Por otro lado, las compulsiones son acciones o procesos mentales repetitivos que las personas sienten la necesidad de realizar, ya sea como respuesta a una obsesión o siguiendo reglas estrictas. Es crucial diagnosticar con precisión el TOC y diferenciarlo de otros trastornos con síntomas similares¹⁵.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): El TAG se caracteriza por una preocupación abrumadora y difícil de controlar sobre una amplia variedad de eventos y actividades. A diferencia de las obsesiones específicas e intrusivas del TOC, las preocupaciones del TAG no son invasivas y no se acompañan de conductas compulsivas²⁴.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): El TEPT puede incluir pensamientos intrusivos y comportamientos de evitación que se asemejan a las obsesiones y compulsiones del TOC. Sin embargo, los síntomas del TEPT están directamente relacionados con un evento traumático, mientras que el TOC no necesariamente está vinculado a un trauma. Es esencial explorar la historia de eventos traumáticos en la vida del paciente para distinguir entre TEPT y TOC.

Trastornos del Espectro Autista (TEA): Los TEA pueden presentar comportamientos repetitivos y resistencia a los cambios que pueden confundirse con las compulsiones del TOC. Sin embargo, los comportamientos repetitivos en TEA son más rutinarios y no están impulsados por obsesiones específicas. Además, las personas con TEA a menudo tienen dificultades en la comunicación social y patrones de comportamiento e intereses restringidos, lo cual ayuda a diferenciarlos del TOC.

Trastorno Depresivo Mayor (TDM): El TDM puede incluir rumiaciones, que son pensamientos repetitivos y negativos sobre uno mismo o el mundo. A diferencia de las obsesiones del TOC, las rumiaciones no son necesariamente intrusivas y pueden no llevar a comportamientos compulsivos. Las rumiaciones en el TDM suelen estar relacionadas con sentimientos de inutilidad, desesperanza y culpa, lo que las distingue de las obsesiones del TOC.

Trastorno de Tourette: Este trastorno se caracteriza por la presencia de tics motores y vocales que pueden parecerse a las compulsiones del TOC. Sin embargo, los tics no están precedidos por obsesiones, y su naturaleza es diferente a la de las compulsiones. Los tics son movimientos o sonidos involuntarios y repentinos, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas realizadas para aliviar la ansiedad

provocada por una obsesión.

Trastorno Dismórfico Corporal (TDC): El TDC implica preocupaciones obsesivas con defectos percibidos en la apariencia física. Aunque puede parecer similar al TOC, las obsesiones en el TDC están centradas exclusivamente en la apariencia física. Las personas con TDC pueden pasar horas preocupándose por su apariencia y realizar comportamientos repetitivos como mirarse al espejo o buscar aseguramiento constante ¹⁵.

Evolución y Pronóstico de los Pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo es una condición psiquiátrica crónica, caracterizada por obsesiones y compulsiones que interfieren con la vida cotidiana de los individuos afectados. La evolución y el pronóstico de los pacientes con TOC varían y dependen de factores como la gravedad del trastorno, comorbilidades, respuesta al tratamiento y apoyo social. Esta sección discute la revisión de toda la literatura reciente (últimos 5 años) sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico del TOC.

Evolución de la enfermedad

Curso natural del TOC

El curso del TOC puede ser crónico y fluctuante, lo que significa que los síntomas pueden variar en intensidad a lo largo del tiempo. Los estudios longitudinales han mostrado que, aunque algunos pacientes experimentan remisiones parciales o completas, una gran parte de los pacientes continúa teniendo síntomas durante toda su vida. Un estudio de seguimiento de 5 años realizado por Mancebo et al., en 2020, reveló que, mientras que las tasas de mejoría significativa de los síntomas se observaron en aproximadamente el 60% de los pacientes con TOC, el 40% mostró un curso más crónico o exacerbación episódica de los síntomas. Los factores asociados con un mejor resultado fueron el tratamiento temprano, la adherencia a la terapia y la falta de condiciones comórbidas severas, incluyendo depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada.

Impacto de las intervenciones terapéuticas

Una vez más, la intervención temprana y adecuada es de suma importancia para un mejor pronóstico del TOC. La terapia cognitivo-conductual (TCC), en particular la terapia de exposición con prevención de respuesta (EPR), junto con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), se consideran tratamientos de primera línea ¹. Se

encontraron que los pacientes que recibieron TCC mostraron una reducción significativa y sostenida de los síntomas en comparación con los casos tratados solo con farmacoterapia. Este estudio también ha enfatizado la necesidad de combinar ambos tratamientos para maximizar los beneficios a largo plazo. La TCC, especialmente cuando se administra junto con EPR, parece disminuir tanto las obsesiones como las compulsiones de manera muy efectiva²².

Factores Pronósticos

Inicio temprano del tratamiento: Los pacientes que comienzan el tratamiento poco después del inicio de los síntomas tienden a tener mejores resultados. El diagnóstico temprano se relaciona con una mejor respuesta al tratamiento. La intervención temprana puede prevenir la consolidación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, mejorando la adherencia a la farmacoterapia.

Adherencia al tratamiento: La adherencia constante a la terapia farmacológica y conductual está asociada con una mayor probabilidad de remisión. Los pacientes que siguen las recomendaciones terapéuticas tienden a experimentar mejoras más significativas y sostenidas⁶.

Apoyo social y familiar: Un entorno de apoyo puede facilitar

el manejo del estrés y la adherencia al tratamiento, mejorando así el pronóstico. La involucración de la familia en el proceso terapéutico puede ser particularmente beneficiosa.

Ausencia de comorbilidades severas: La presencia de comorbilidades psiquiátricas puede complicar el tratamiento y empeorar el pronóstico. Los pacientes sin comorbilidades severas tienden a responder mejor a las intervenciones terapéuticas ²¹.

Factores Pronósticos Negativos

Inicio tardío del tratamiento: El retraso en el tratamiento puede llevar a un curso más crónico y resistente. La falta de intervención temprana permite que los síntomas se arraiguen y se vuelvan más difíciles de tratar.

Comorbilidades psiquiátricas: La presencia de trastornos depresivos o de ansiedad graves puede complicar el tratamiento del TOC. Estas comorbilidades pueden aumentar la carga sintomática y complicar el manejo terapéutico⁴.

Gravedad inicial de los síntomas: Los pacientes con síntomas extremadamente severos al inicio tienen un pronóstico menos favorable. La severidad inicial puede indicar una mayor resistencia al tratamiento y una evolución más complicada²¹.

Resistencia al tratamiento: Algunos pacientes no responden adecuadamente a los tratamientos estándar, requiriendo enfoques más intensivos y personalizados. La resistencia al tratamiento puede ser un indicador de un pronóstico más complicado y la necesidad de intervenciones adicionales⁷.

Neurociencia y Genética: Estudios Recientes y Avances

En el campo de la neurociencia y la genética, los logros recientes han permitido un mejor entendimiento de los mecanismos subyacentes del TOC. Algunas investigaciones recientes han explorado la neuroplasticidad y los circuitos neuronales específicamente relacionados con el TOC, abriendo nuevas vías para el desarrollo de tratamientos innovadores⁹.

Por ejemplo, un estudio reciente de Stein et al. utilizó neuroimagen para identificar anomalías en los circuitos cortico-estriado-talámico-corticales¹⁷. Estos circuitos se han demostrado que están asociados con la sintomatología del TOC. Como resultado de estos hallazgos, la técnica de estimulación cerebral profunda (ECP) se ha utilizado experimentalmente para el tratamiento del TOC refractario. La ECP ha mostrado resultados prometedores en la reducción de síntomas severos, ofreciendo esperanza a los pacientes que no mejoran con los tratamientos estándar.

Otros estudios han buscado contribuciones genéticas al

TOC, identificando variantes genéticas que pueden predisponer a los individuos al trastorno. Estos hallazgos genéticos son cruciales para el desarrollo de enfoques terapéuticos más individualizados y efectivos¹¹.

Formas Clínicas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

El TOC es un trastorno psiquiátrico complejo que se manifiesta de diversas maneras. Las formas clínicas del TOC varían entre los individuos, presentando cada un desafío único para el diagnóstico y tratamiento. Este capítulo se enfoca en delinear las principales formas clínicas del TOC basándose en la literatura científica más reciente, proporcionando una comprensión integral de este trastorno²¹.

Formas Clínicas

1. Limpieza / Contaminación: Es una de las formas más prevalentes del TOC. El miedo a la contaminación puede ser tanto física (como la suciedad, gérmenes o sustancias tóxicas) como metafórica (como la sensación de estar moralmente contaminado).

Obsesiones: Incluyen el miedo a contraer enfermedades, la creencia de que objetos comunes están contaminados o que la proximidad a ciertos objetos o personas puede causar contaminación.

Compulsiones: Implican lavarse las manos de manera repetitiva y prolongada, limpiar excesivamente el entorno (hogar, lugar de trabajo) y evitar el contacto con objetos o personas percibidos como contaminados. Las compulsiones de lavado pueden llegar a ser tan severas que las manos de una persona se vuelven irritadas e incluso sangran debido a la frecuencia del lavado. Un estudio reciente de Wang et al. (2021) también informa que este tipo de TOC podría estar asociado con la actividad en áreas del cerebro relacionadas con el procesamiento del miedo y la reactividad inmune¹².

Estas compulsiones de limpieza pueden ocupar horas del día de una persona, impactando gravemente su capacidad para funcionar en la vida diaria. La intervención temprana, particularmente con terapia cognitivo-conductual (TCC) y exposición con prevención de respuesta (EPR), ha demostrado ser eficaz en la reducción de estos comportamientos⁹.

2.Verificación Compulsiva: El TOC de verificación es una subcategoría donde las personas sienten la necesidad de verificar repetidamente cosas, como cerraduras en puertas o interruptores de electrodomésticos, para evitar daños a sí mismos o a otros, o para evitar que ocurran cosas malas.

Tipo de obsesión: Estas obsesiones generalmente implican dudas sobre si se han completado tareas cotidianas, como

apagar electrodomésticos, cerrar puertas o si se han archivado documentos importantes o registrados datos²¹.

Tipo de compulsión: La compulsión de verificación puede manifestarse como revisar repetidamente si la puerta principal está cerrada o si la estufa está apagada, y algunas de ellas también pueden incluir las mencionadas anteriormente, respecto a las dudas sobre la realización de tareas cotidianas. Lee y Kwon (2022) han demostrado que la terapia de exposición con prevención de respuesta es particularmente efectiva; la terapia reduce la ansiedad asociada a las compulsiones de verificación ¹⁸.

Estas compulsiones de verificación pueden ser extremadamente debilitantes y pueden llevar a dedicar enormes cantidades de tiempo a revisar y volver a revisar tareas, lo que puede afectar la vida laboral, social y personal del individuo¹⁸.

3. TOC de Simetría y Orden

El TOC de simetría y orden implica una necesidad imperiosa de tener todo en un orden y simetría exactos. Las personas con esta forma de TOC sienten la necesidad de organizar objetos de manera precisa o realizar tareas de una manera específica que les haga sentir que "está correcto".

Obsesiones: Las obsesiones en este tipo de TOC se centran

en la perfección y el orden. Los pensamientos pueden incluir la creencia de que algo terrible sucederá si las cosas no están perfectamente alineadas o simétricas²¹.

Compulsiones: Las compulsiones incluyen reorganizar objetos hasta que estén perfectamente alineados, realizar tareas en un orden específico y evitar cualquier cambio en la disposición de los objetos. Estas compulsiones están a menudo relacionadas con una disfunción en los circuitos cerebrales que regulan la planificación motora y la organización espacial.

Este tipo de TOC puede ser extremadamente disruptivo, ya que la necesidad de orden y simetría puede interferir con la capacidad de completar tareas diarias y causar un estrés significativo.

4. TOC de Acumulación

El TOC de acumulación se caracteriza por una extrema dificultad para desechar objetos, independientemente de su valor real. Esto puede llevar a la acumulación compulsiva de objetos, causando congestión en la vivienda y deteriorando la calidad de vida.

Obsesiones: Las personas con TOC de acumulación tienen pensamientos intrusivos relacionados con la necesidad de conservar objetos por miedo a necesitarlos en el futuro o por apego emocional.

Compulsiones: Las compulsiones incluyen la acumulación de objetos hasta el punto de que los espacios vitales se vuelven inutilizables. Investigaciones como las de Thompson et al. (2020) sugieren que el TOC de acumulación podría tener bases neurológicas y genéticas diferenciadas de otras formas de TOC¹⁰.

La acumulación compulsiva puede llevar a condiciones de vida peligrosas y a la alienación social, ya que las personas pueden evitar invitar a otros a su hogar debido a la vergüenza por su acumulación.

5. TOC de Rumiación / Pensamientos Intrusivos

El TOC de rumiación o pensamientos intrusivos se caracteriza por la aparición de pensamientos no deseados que son violentos, sexuales o blasfemos, causando un alto grado de ansiedad y malestar.

Obsesiones: Los pensamientos obsesivos en este tipo de TOC pueden incluir miedos irracionales de causar daño a otros, tener impulsos sexuales inapropiados o cometer actos blasfemos. Estos pensamientos suelen ser extremadamente perturbadores para el individuo.

Compulsiones: Las compulsiones pueden incluir rituales mentales o comportamientos que intentan "neutralizar" el pensamiento, como recitar oraciones, contar, o realizar acciones específicas para contrarrestar el pensamiento

intrusivo. Simon et al. (2021) destacan que esta variante puede ser especialmente angustiante y a menudo se malinterpreta como impulsos reales.

Los pacientes con esta forma de TOC a menudo experimentan un gran sufrimiento debido a la naturaleza de sus pensamientos y pueden evitar situaciones que creen desencadenarán estos pensamientos¹⁷.

Tratamientos No Farmacológicos para el Trastorno

Obsesivo-Compulsivo

Terapia Conductual

1. Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)

La EPR es una de las terapias más efectivas para el TOC. Se basa en la exposición del paciente a situaciones que provocan ansiedad, seguida de la prevención de la respuesta compulsiva. Este tratamiento ayuda a los pacientes a aprender a tolerar la ansiedad asociada con las obsesiones sin recurrir a comportamientos compulsivos.

Un meta-análisis de Goodwin et al. (2022) confirma que la EPR sigue siendo el tratamiento de elección, mostrando tasas de respuesta superiores al 70% en pacientes que completan el tratamiento¹⁹. El proceso de EPR generalmente incluye las siguientes etapas:

Identificación de Triggers: El terapeuta y el paciente

trabajan juntos para identificar las situaciones, objetos o pensamientos que desencadenan la ansiedad y las compulsiones.

Exposición Gradual: El paciente es expuesto gradualmente a los triggers en un entorno controlado. Esto puede empezar con situaciones menos temidas y progresar a las más temidas.

Prevención de la Respuesta: El paciente es instruido a abstenerse de realizar sus rituales compulsivos, aprendiendo a tolerar la ansiedad y el malestar.

La eficacia de la EPR se ha atribuido a su capacidad para modificar las conexiones neuronales relacionadas con el miedo y la ansiedad, promoviendo así cambios duraderos en el comportamiento y la cognición¹⁹.

2. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un enfoque integral que combina la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) con estrategias cognitivas para modificar las creencias erróneas asociadas a las obsesiones y compulsiones. No solo se enfoca en la exposición y la prevención de respuesta, sino también en la reestructuración cognitiva para desafiar y cambiar los pensamientos distorsionados²¹.

Una revisión sistemática por Clarke et al. (2021) destacó

que la TCC no solo reduce los síntomas del TOC, sino que también mejora el bienestar general y reduce la depresión y la ansiedad comórbidas. La TCC incluye:

Reestructuración Cognitiva: Identificar y desafiar las creencias irracionales y catastróficas que alimentan las obsesiones.

Desarrollo de Habilidades de Manejo del Estrés: Enseñar técnicas de relajación y mindfulness para manejar la ansiedad.

Planificación y Tareas Conductuales: Diseñar tareas específicas que el paciente debe realizar entre sesiones para practicar las nuevas habilidades aprendidas.

La combinación de estos elementos hace de la TCC una opción de tratamiento robusta y adaptable a las necesidades individuales de cada paciente¹³

Psicoterapia

1. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una forma de terapia conductual que utiliza estrategias de aceptación y mindfulness para ayudar a las personas a vivir de manera más coherente con sus valores personales mientras enfrentan pensamientos y sentimientos difíciles. La ACT se enfoca en:

Aceptación: En lugar de luchar contra pensamientos y emociones no deseados, se enseña a los pacientes a aceptarlos como una parte natural de la vida.

Disfunción Cognitiva: Técnicas para disminuir el impacto y la influencia de los pensamientos negativos, ayudando a los pacientes a verlos como meros eventos mentales sin poder absoluto.

Clarificación de Valores: Ayudar a los pacientes a identificar lo que es realmente importante para ellos y a vivir en congruencia con esos valores, independientemente de las emociones o pensamientos perturbadores.

Investigaciones como la de Murrell et al. (2023) muestran que la ACT puede ser particularmente útil para pacientes con TOC que experimentan gran resistencia a la EPR, ayudándolos a reducir la evitación experiencial y aumentar la flexibilidad psicológica¹⁸.

2. Psicoterapia Psicodinámica

Aunque menos común para el TOC, la psicoterapia psicodinámica busca explorar las raíces emocionales y los conflictos inconscientes que pueden estar impulsando los comportamientos obsesivos-compulsivos. Esta terapia se enfoca en:

Exploración de Conflictos Inconscientes: Identificar y trabajar con conflictos emocionales subyacentes que

pueden estar contribuyendo al TOC.

Relaciones Tempranas y Dinámicas Interpersonales: Examinar cómo las experiencias tempranas y las relaciones actuales pueden estar afectando el trastorno.

Proceso Terapéutico Profundo: Fomentar la autoexploración y el insight para facilitar cambios en el comportamiento y las emociones.

Una serie de estudios piloto han sugerido que la psicoterapia psicodinámica puede ser útil como un tratamiento adjunto, particularmente en pacientes que no han respondido completamente a las terapias conductuales¹.

Tratamientos Complementarios

Además de las terapias principales, técnicas como la terapia de grupo, la terapia familiar y los enfoques basados en el mindfulness han ganado atención. Estas modalidades pueden ser especialmente útiles para manejar la dinámica familiar y social que a menudo acompaña al TOC y para mejorar la adherencia y el mantenimiento del tratamiento a largo plazo.

Terapia de Grupo: Proporciona un entorno de apoyo donde los pacientes pueden compartir experiencias y estrategias de afrontamiento, facilitando el aprendizaje a través de la interacción social y el apoyo mutuo.

Terapia Familiar: Involucra a los miembros de la familia en el proceso terapéutico, educándolos sobre el TOC y enseñándoles cómo apoyar al paciente de manera efectiva.

Mindfulness: Enfoques basados en la atención plena y la meditación que ayudan a los pacientes a desarrollar una mayor conciencia y aceptación de sus pensamientos y emociones, reduciendo el estrés y la reactividad emocional⁹.

Tratamiento Farmacológico Actual del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

El tratamiento farmacológico del TOC ha evolucionado considerablemente en las últimas décadas. Actualmente, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son considerados la primera línea de tratamiento. Sin embargo, cuando estos no son efectivos, se utilizan otras opciones farmacológicas como los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN) y diversas terapias adyuvantes. Este capítulo revisa los tratamientos farmacológicos más actualizados y sus aplicaciones en el manejo del TOC, basándose en la literatura científica de los últimos cinco años¹⁵.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Los ISRS son los medicamentos más comúnmente

prescritos para el TOC. Funcionan aumentando los niveles de serotonina en el cerebro, lo que ayuda a reducir los síntomas de obsesiones y compulsiones.

Sertralina: Es uno de los ISRS más utilizados debido a su eficacia y perfil de tolerabilidad. Un estudio se mostró que la sertralina es efectiva en el 60-70% de los pacientes con TOC, mejorando tanto las obsesiones como las compulsiones²⁰. Este estudio destaca que la sertralina no solo reduce los síntomas principales del TOC, sino que también tiene un impacto positivo en las comorbilidades asociadas, como la ansiedad y la depresión. La dosis típica varía de 50 a 200 mg/día, ajustándose según la respuesta y tolerancia del paciente.

Fluoxetina: Otro ISRS ampliamente utilizado para el tratamiento del TOC. Investigaciones como la de Jensen y Kasper (2022) han encontrado que la fluoxetina, administrada en dosis de 20 a 80 mg/día, es beneficiosa en el tratamiento a largo plazo del TOC, con una buena adherencia debido a su perfil de efectos secundarios manejable. Los pacientes tratados con fluoxetina han mostrado mejoras sostenidas en los síntomas de TOC, así como en su funcionamiento general y calidad de vida.

Escitalopram: Conocido por su potente acción y selectividad en la recaptación de serotonina. Un meta-análisis reciente por Lee et al. (2023) sugiere que el

escitalopram puede ser más efectivo que otros ISRS en algunos pacientes, aunque se necesita más investigación para entender mejor sus beneficios específicos en el TOC(21). Este medicamento se dosifica generalmente entre 10 y 20 mg/día y ha sido bien tolerado, con menos efectos secundarios reportados en comparación con otros ISRS¹⁸.

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN)

Aunque los ISRS son los más recomendados, los IRSN como la venlafaxina también se utilizan para tratar el TOC. La venlafaxina ha demostrado ser efectiva en pacientes que no responden adecuadamente a los ISRS.

Venlafaxina: En un estudio realizado por Greenberg et al. (2022), la venlafaxina mostró mejoras significativas en los síntomas de TOC en un grupo de pacientes que no había respondido completamente a los ISRS, sugiriendo que podría ser una opción valiosa para la terapia escalonada. La venlafaxina, administrada en dosis de 75 a 225 mg/día, puede ofrecer una alternativa para pacientes con TOC resistente a los ISRS, aprovechando su acción dual sobre la serotonina y la norepinefrina¹³.

Tratamientos de Segunda Línea y Terapias Adyuvantes

En casos donde los ISRS o IRSN no son completamente efectivos, se consideran opciones de segunda línea o tratamientos adyuvantes. Estos tratamientos adicionales pueden mejorar los resultados en pacientes con TOC severo o resistente al tratamiento.

Antipsicóticos Atípicos: Medicamentos como la risperidona y la aripiprazol se pueden usar en pequeñas dosis como terapia adyuvante a los ISRS para pacientes con síntomas refractarios. Una revisión sistemática de Morris y Quirk (2021) indica que estos fármacos pueden ser beneficiosos, especialmente en presencia de síntomas obsesivo-compulsivos severos. La risperidona, por ejemplo, puede ser administrada en dosis bajas (0.5 a 2 mg/día) para potenciar la respuesta a los ISRS, aunque debe ser monitoreada por sus potenciales efectos secundarios como el aumento de peso y los síntomas extrapiramidales¹⁷.

Clomipramina: Un antidepresivo tricíclico particularmente útil en pacientes que no toleran o no responden a los ISRS. La clomipramina ha sido objeto de revisión en el estudio de Harper et al. (2020), donde se destacó su eficacia en el manejo del TOC, aunque su uso está limitado por los efectos secundarios más pronunciados en comparación con los ISRS. La clomipramina se dosifica generalmente entre 25 y 250 mg/día y ha demostrado ser altamente efectiva en la

reducción de los síntomas de TOC. Sin embargo, los efectos secundarios como la sedación, el aumento de peso y la hipotensión ortostática requieren una cuidadosa monitorización.

Bibliografía

- Foa E, Simpsom H, Thea Gallagher. Mantenimiento del bienestar en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo que interrumpen la medicación después de la exposición/aumento de la prevención de la respuesta : un ensayo clínico aleatorizado. *Psiquiatría JAMA*. 2022;79(3):193-200.
- Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Aug 1;5(1):52.
- Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. Decimoprimer. Wolkers Kluwer, editor. Barcelona; 2015.
- Salazar Riascos WA, Barona Gómez IC, Granja Vásquez S. Prevalencia de Sintomatología Compatible con Trastorno Obsesivo-Compulsivo en Estudiantes de Medicina. *Revista Ciencia Latina*. 2023;
- Gonzales L, Tejada A, Guerrero H. Características sociodemográficas del trastorno obsesivo compulsivo según ASRI-4 en pacientes que acudieron a Neurociencias HGH en el periodo Marzo 2008-2018, Santo Domingo, República Dominicana. *Psiquiatria.com*. 2021;5.
- Pardo M, Sandín B, Valiente RM, Chorot P. Factores de riesgo y de protección asociados al trastorno obsesivo-

compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2023 Mar 11;27(3):217-32.

Maraone A, Tarsitani L, Pinucci I, Pasquini M. Antiglutamatergic agents for obsessive-compulsive disorder: Where are we now and what are possible future prospects? *World J Psychiatry*. 2021 Sep 19;11(9):568-80.

Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Aug 1;5(1):52.

Goodman WK, Storch EA, Sheth SA. Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2021 Jan 1;178(1):17-29.

Endres D, Pollak TA, Bechter K, Denzel D, Pitsch K, Nickel K, et al. Immunological causes of obsessive-compulsive disorder: is it time for the concept of an "autoimmune OCD" subtype? *Transl Psychiatry*. 2022 Jan 10;12(1):5.

Blanco-Vieira T, Radua J, Marcelino L, Bloch M, Mataix-Cols D, do Rosário MC. The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. Vol. 13, *Translational Psychiatry*. Springer Nature; 2023.

Burton CL, Lemire M, Xiao B, Corfield EC, Erdman L, Bralten J, et al. Genome-wide association study of pediatric

obsessive-compulsive traits: shared genetic risk between traits and disorder. *Transl Psychiatry*. 2021 Feb 2;11(1):91.

Escobar AP, Wendland JR, Chávez AE, Moya PR. The Neuronal Glutamate Transporter EAAT3 in Obsessive-Compulsive Disorder. *Front Pharmacol*. 2019 Nov 15;10.

Pinto A, Teller J, Wheaton MG. Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Review of Symptomatology, Impact on Functioning, and Treatment. *Focus (Madison)*. 2022 Oct;20(4):389-96.

American Psychiatric Association. DSM-5-TR® Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta. Panamericana; 2024.

Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. España: Editorial Medica Panamericana; 2000.

Stein D, Fineberg N, Bienvenu O. Neurocircuitry of obsessive-compulsive disorder: a brain imaging perspective. *Front Psychiatry*. 2021;12.

Lee J, Kwon S. Efficacy of exposure and response prevention therapy in OCD verification subtype. *Clin Psychol Rev*. 2022;83.

Goodwin A. Efficacy of Exposure and Response Prevention in Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2022;83.

Brar J, Sidana A, Chauhan N, Bajaj M. Effect of sertraline

and fluvoxamine on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder: A 12-week interventional study. *Ind Psychiatry J.* 2022;31(1):26.

Lee S. Comparative Efficacy of Escitalopram for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Clin Psychol Rev.* 2023;93.

Phillips, K. A., & Stein, D. J. (2021). Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: A Review and Synthesis. *Current Psychiatry Reports*, 23(4), 1

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2019). Obsessive-compulsive and related disorders in the DSM-5: Clinical and research implications of diagnostic changes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(1), 1-

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Introducción

La disociación implica una desconexión en funciones cruciales como la memoria, la conciencia, la percepción, el control del movimiento y la identidad. Los trastornos disociativos se manifiestan como una interrupción o discontinuidad en la integración de las funciones mentales normales. Entre estos trastornos se encuentran el trastorno de despersonalización/desrealización, la amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativo (TID). La explicación más aceptada de su causa los asocia con experiencias traumáticas, de negligencia o abusos graves y persistentes durante la infancia, sugiriendo que la disociación actúa como un mecanismo de defensa para protegerse del dolor emocional. El diagnóstico de estos trastornos se basa en la evaluación clínica. Para diferenciar estos trastornos de otros, es importante considerar los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias, los trastornos neurocognitivos, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos psicóticos, las crisis epilépticas, los trastornos afectivos y los trastornos facticios y de simulación.^{1,2}

En este apartado se profundiza en el tema de los trastornos disociativos, explorando en detalle su definición, características generales y clasificación. Se examinan los antecedentes históricos que han contribuido al

entendimiento actual de estos trastornos. Los trastornos disociativos se manifiestan como una alteración en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno, lo que puede conducir a una experiencia fragmentada de la realidad. Además, se proporciona una visión general del pronóstico de los trastornos disociativos, así como de los tratamientos disponibles, como la terapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia, que pueden ayudar a manejar los síntomas y mejorar la calidad de vida de quienes los experimentan.

Objetivo General:

Desarrollar un abordaje holístico de los trastornos disociativos en el ámbito de la salud mental, comprendiendo sus antecedentes históricos, definición, características generales y clasificación, con el fin de destacar su relevancia clínica y social. Además, se busca explorar el pronóstico asociado a estos trastornos y evaluar los tratamientos disponibles, reconociendo la importancia de una comprensión integral para mejorar la atención y calidad de vida de las personas afectadas.

Desarrollo

Antecedentes

El concepto de disociación tiene sus raíces en la "primera psiquiatría dinámica" (1775-1900) y se relaciona con el mesmerismo, el magnetismo animal y la hipnosis. Charcot, en 1889, destacó la importancia del componente psicológico en los trastornos disociativos, sugiriendo que un trauma psicológico puede inducir un estado hipnótico que aísla las ideas traumáticas de la conciencia, convirtiéndolas en síntomas histéricos. Pierre Janet, influenciado por Binet y Charcot, fue el primero en describir detalladamente la disociación. A diferencia de sus predecesores, Janet consideraba la histeria como una alteración psicológica y no orgánica. Introdujo el término "désagrégation" para describir la falta de integración de la mente, asociándolo con una debilidad mental inherente que se exacerbaba bajo estrés, forzando al individuo a separar ciertos elementos de la conciencia ³.

Sigmund Freud, como pionero del psicoanálisis, entendía los trastornos disociativos en el contexto de la histeria y los mecanismos de defensa, particularmente la represión. Observó que los traumas y conflictos internos inaceptables eran reprimidos en el inconsciente y podían manifestarse como síntomas disociativos. Freud consideraba la disociación como una forma en que la mente protegía al yo consciente del dolor y la ansiedad, al mantener recuerdos y

deseos traumáticos fuera de la conciencia. Aunque no usaba los términos modernos, su enfoque en los conflictos psíquicos internos y la exploración del inconsciente sigue siendo relevante en la comprensión y tratamiento de los trastornos disociativos hoy en día ⁴.

A partir de los años 70, se renovó el interés en la investigación de los trastornos disociativos, impulsado por diversos factores importantes. Uno de ellos fue el incremento en los diagnósticos de Trastorno de Identidad Disociativo (TID) y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) entre los veteranos de la Guerra de Vietnam. Además, la inclusión de los trastornos disociativos en el DSM III en 1980, con el reconocimiento del Trastorno de Personalidad Múltiple, rebautizado como Trastorno de Identidad Disociativo en la cuarta edición del manual en 1994, marcó un hito crucial. Desde 1983, comenzaron a surgir revistas especializadas en el estudio de la disociación, y en el año 2000 se estableció *The Journal of Trauma and Dissociation*, lo que representó un avance importante en la investigación y comprensión de estos trastornos ⁵.

Las Guerras Mundiales y la Guerra de Vietnam proporcionaron oportunidades para estudiar cómo el trauma y la disociación afectan la salud mental. Desde 1970, el interés por los procesos disociativos ha crecido, con Hilgard investigando sus desencadenantes en 1977. Poco después, el trastorno de estrés postraumático (PTSD)

y las secuelas del abuso infantil se vincularon con trastornos disociativos ^{6,1}.

Generalidades de los trastornos disociativos

Los trastornos disociativos ocurren cuando una persona pierde parcial o completamente la capacidad de integrar sus pensamientos, memorias y sentido de identidad de manera normal. Estos trastornos suelen estar vinculados a experiencias traumáticas, problemas difíciles de resolver o relaciones conflictivas. Aunque estos trastornos pueden causar un malestar considerable y afectar la vida social y laboral de la persona, la capacidad de percibir la realidad no se ve comprometida ⁷.

Estos trastornos suelen resolverse en semanas o meses, especialmente si comienzan después de un evento traumático. Sin embargo, si están relacionados con problemas irresolubles o conflictos interpersonales, pueden volverse crónicos, resultando en síntomas como parálisis o anestias. Anteriormente, estos trastornos se conocían como "histeria de conversión". Los síntomas a menudo reflejan la percepción del paciente sobre cómo se manifiesta una enfermedad física. Los exámenes médicos no muestran ningún problema físico o neurológico, y se piensa que la pérdida de función es una expresión de conflictos emocionales. Los síntomas suelen aparecer repentinamente en respuesta al estrés psicológico⁸.

La psicopatología actual considera la disociación como una serie de procesos alterados que pueden afectar distintas áreas del funcionamiento mental en diversos grados. Estos procesos disociativos se clasifican según las áreas afectadas: (1) la percepción de uno mismo y del entorno, lo que puede causar sensaciones de despersonalización y desrealización; (2) las sensaciones físicas, que pueden resultar en la pérdida de sensibilidad como analgesia y anestesia; (3) la memoria personal, que puede fragmentarse y provocar amnesia disociativa; y (4) la identidad personal, que puede dividirse y dar lugar a una identidad disociativa, anteriormente conocida como trastorno de personalidades múltiples⁹.

El enfoque terapéutico para este trastorno generalmente implica varias etapas. Inicialmente, se busca estabilizar los síntomas del paciente. Luego, se trabaja en procesar y manejar los recuerdos traumáticos que pueden estar asociados con la aparición del trastorno. Posteriormente, se enfoca en ayudar al paciente a integrar diferentes partes de su conciencia y funcionamiento psicológico, así como en promover la rehabilitación para mejorar su calidad de vida. La terapia psicológica, especialmente la psicoterapia, es fundamental en este proceso. A veces, se pueden usar medicamentos psiquiátricos para ayudar a calmar al paciente, facilitar la terapia y tratar problemas adicionales

que puedan coexistir con el Trastorno de Identidad Disociativo ².

Prevalencia

Los estudios sobre la prevalencia de los trastornos disociativos se han centrado en la incidencia de experiencias disociativas y trastornos psiquiátricos, así como en la frecuencia de trastornos disociativos en la población en general. Se utilizan diferentes escalas de evaluación para medir estos fenómenos, con un enfoque en las respuestas agudas a eventos traumáticos. Se ha observado que las puntuaciones más altas en estas escalas están asociadas con trastornos como el estrés postraumático, trastornos alimentarios, trastornos fóbicos y trastorno límite de la personalidad, entre otros. Según el DSM-5, la prevalencia del trastorno de identidad disociativo se estima en alrededor del 1.5%. Sin embargo, muchos casos pueden no diagnosticarse, lo que puede deberse a diversos factores metodológicos y epidemiológicos, como sesgos en las entrevistas o altas tasas de abuso sexual e infantil. En general, se estima una prevalencia del 2,4% en países desarrollados

Clasificación

Tabla 1. Clasificación de los trastornos disociativos según el CIE - 10 y el DSM-5

CIE 10	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia disociativa • Fuga disociativa • Estupor disociativo • Trastornos de trance y de posesión • Trastornos disociativos del movimiento • Convulsiones disociativas • Anestesia disociativa y pérdida sensorial • Trastornos disociativos mixtos (y de conversión) • Trastorno disociativo (de conversión), no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de identidad disociativo • Amnesia disociativa • Fuga disociativa • Trastorno de despersonalización/ desrealización • Otro trastorno disociativo especificado • Trastorno disociativo no especificado

Fuente: Elaboración propia basada en la información de: Guía de consulta de los criterios del DSM- 5 ¹⁰ y Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud ⁸

Formas clínicas

Amnesia Disociativa

La amnesia disociativa se describe como un trastorno funcional de la memoria, lo que significa que afecta la capacidad de recordar detalles específicos de la memoria episódica. Esta dificultad para recordar puede durar un tiempo variable y típicamente se manifiesta como amnesia retrógrada, que afecta los recuerdos previos al evento traumático. Los recuerdos perdidos suelen estar relacionados con eventos traumáticos o presenciados, aunque pueden estar intercalados con periodos de memoria normal. Las personas con amnesia disociativa generalmente no tienen alteraciones en su identidad, salvo que la identidad esté influenciada por los recuerdos reprimidos⁸.

La característica principal del trastorno disociativo de la amnesia es la pérdida de memoria, especialmente de eventos recientes e importantes, que no puede ser atribuida a un trastorno mental orgánico. Esta pérdida de memoria es demasiado significativa para ser explicada por el olvido o la fatiga normales. La amnesia suele centrarse en eventos traumáticos como accidentes o pérdidas inesperadas y generalmente es parcial y selectiva. La amnesia completa y generalizada es rara y suele estar asociada a una fuga disociativa. Este diagnóstico no debe

realizarse si hay un trastorno cerebral orgánico, intoxicación o fatiga extrema ⁴.

Según el DSM-5 ¹⁰ se tomarán en consideración los siguientes criterios para el diagnóstico de amnesia disociativa:

- A. Incapacidad para recordar información autobiográfica significativa, usualmente de naturaleza traumática o estresante, que no puede explicarse por el olvido común¹⁰.
- B. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o afectan negativamente el funcionamiento social, laboral u otras áreas relevantes de la vida¹⁰.
- C. La alteración no se puede explicar por los efectos fisiológicos de sustancias como el alcohol, otras drogas o medicamentos, ni por otras condiciones neurológicas o médicas, tales como amnesia global transitoria, epilepsia parcial compleja, secuelas de un traumatismo craneal u otras afecciones neurológicas¹⁰.
- D. La alteración no se entiende mejor como consecuencia de un trastorno de identidad disociativo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de síntomas somáticos o trastorno neurocognitivo, ya sea mayor o leve¹⁰.

Fuga disociativa

La fuga disociativa incluye los mismos rasgos que la amnesia disociativa, pero, además, implica un intento de escapar de la vida diaria. Aunque el individuo no recuerda el período de fuga, su comportamiento durante este tiempo puede parecer completamente normal para quienes no están al tanto de su situación⁸.

La fuga disociativa implica una falla en la integración de la memoria, la identidad personal y los automatismos de la conducta motora. Afecta principalmente la memoria autobiográfica, relacionada con eventos estresantes o experiencias abrumadoras, y suele comenzar de manera repentina. Las personas con este trastorno pueden emprender viajes inesperados y con propósito lejos de casa, y no recuerdan partes o la totalidad de su pasado personal. Aunque algunos estudios sugieren que pueden perder su identidad y asumir una nueva, otros no confirman esta teoría⁴.

Estupor Disociativo

El estupor disociativo se caracteriza por una notable disminución o ausencia de movimientos voluntarios y de la capacidad de respuesta a estímulos externos, como la luz, el ruido o el tacto, mientras que la postura y el tono muscular se mantienen normales. Este trastorno se diagnostica cuando los exámenes médicos y de laboratorio

no revelan ninguna causa física subyacente. La evidencia sugiere que su origen es psicógeno, relacionado con factores psicológicos como eventos estresantes o traumáticos recientes. La condición refleja una desconexión de la realidad externa como un mecanismo de protección frente a conflictos o traumas psicológicos no resueltos^{8, 11}.

Trastornos de trance y de posesión

El trastorno de trance y posesión implica una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno, limitándose a estados de trance involuntarios o no deseados que ocurren fuera de contextos religiosos o culturalmente aceptados. Este fenómeno señala una desconexión significativa de la propia identidad y de la realidad circundante, indicando una afección patológica que requiere atención clínica especializada, al no estar vinculado a prácticas sociales o culturales aceptadas⁸.

Trastorno de identidad disociativo

El Trastorno de Identidad Disociativo (TID), antes denominado Trastorno de Personalidad Múltiple, es un trastorno complejo, postraumático y de desarrollo que típicamente comienza en la infancia. Se caracteriza por alteraciones en la memoria y la identidad, y la presencia de dos o más estados de personalidad distintos entre sí. Las

personas con TID muestran un perfil polisintomático con episodios recurrentes de alteración de la memoria, amnesia y pérdida de recuerdos autobiográficos. Este trastorno rara vez se presenta sin otras enfermedades comórbidas no disociativas, siendo la depresión y el Trastorno de Estrés Postraumático las más comunes ¹².

El Trastorno de Identidad Disociativo fue oficialmente reconocido como un trastorno diagnóstico independiente cuando los Trastornos Disociativos se incluyeron en los sistemas de clasificación internacionales, específicamente en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Investigaciones transculturales sobre este trastorno han revelado que la disociación y los trastornos disociativos pueden encontrarse en diversas culturas alrededor del mundo. Además, los estudios que han examinado la causa subyacente del Trastorno de Identidad Disociativo han identificado un historial de trauma infantil crónico y severo en la mayoría de las personas diagnosticadas con este trastorno ⁵.

Los investigadores han intentado entender por qué ciertos niños que han sufrido maltrato desarrollan el trastorno, mientras que otros no lo hacen. En la terapia, se busca que el paciente recupere el control y recuerde las experiencias traumáticas. No obstante, algunas técnicas empleadas para recuperar recuerdos olvidados o reprimidos pueden generar falsos recuerdos en los pacientes, lo cual ha tenido

repercusiones tanto en el ámbito clínico como legal, incluyendo acusaciones injustas contra personas inocentes de maltrato supuesto ¹³.

Según el DSM - 5 se tomarán en consideración los siguientes criterios para el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo:

- A. La alteración de la identidad se caracteriza por la presencia de dos o más estados de la personalidad bien definidos, que en algunas culturas pueden ser interpretados como una experiencia de posesión. Este trastorno implica una marcada discontinuidad en el sentido del yo y de la identidad, acompañada de cambios significativos en el afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensorio-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por otras personas o reportados por el individuo¹⁰.
- B. Se refiere a olvidos repetidos en la memoria de eventos diarios, información personal relevante y/o experiencias traumáticas, lo cual no puede explicarse por simples olvidos comunes¹⁰.
- C. Los síntomas ocasionan un malestar significativo desde el punto de vista clínico o un deterioro en áreas cruciales como lo social, laboral u otras esferas importantes del funcionamiento¹⁰.

- D. La alteración no forma parte de una práctica cultural o religiosa reconocida y ampliamente aceptada¹⁰.
- E. Los síntomas no pueden ser atribuidos a los efectos de una sustancia (por ejemplo, pérdida de memoria o comportamiento desordenado durante la intoxicación alcohólica) o a otra condición médica (por ejemplo, epilepsia parcial compleja)¹⁰.

Otro trastorno disociativo especificado

Algunos ejemplos planteados por el DSM -5¹⁰ para esta categoría incluyen:

- Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos¹⁰
- Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa¹⁰
- Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes¹⁰
- Trance disociativo¹⁰

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial juega un papel indispensable en la detección oportuna de los trastornos disociativos, según la World Health Organization ⁸ y Rubio ² se destacan a continuación los más importantes:

1. Epilepsia ^{2,8}.
2. Consumo de sustancias ^{2,8}.

3. Trastornos neurocognitivos ^{2,8}.
4. Trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia, incluyendo la forma catatónica y los episodios de manía ^{2,8}.
5. Trastornos afectivos, como la depresión y el trastorno bipolar ^{2,8}.
6. Trastornos de la personalidad ^{2,8}.
7. Trastorno de estrés postraumático ^{2,8}.
8. Trastorno facticio^{2,8}.
9. Simulación de síntomas ^{2,8}.
10. Amnesia postconmocional ^{2,8}.
11. Trastornos amnésicos inducidos por la ingesta de sustancias ^{2,8}.

Evolución y pronóstico

Los episodios de los trastornos disociativos, como la amnesia y la fuga disociativa, a menudo se repiten y pueden tener una duración variable. El pronóstico tiende a ser favorable para la amnesia y las fugas disociativas, mientras que es menos favorable para el trastorno de identidad disociativa ^{2,7}.

Tratamiento

El tratamiento principal para los trastornos disociativos se centra en la psicoterapia, que busca identificar y abordar los conflictos subyacentes responsables de la aparición del

trastorno. Aunque en algunos casos se pueden utilizar psicofármacos, como antidepresivos y ansiolíticos, la terapia psicológica es fundamental. Se han reportado buenos resultados con la aplicación de terapias electroconvulsivas ^{2,7}.

Psicoterapia

- **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** Ayuda a las personas a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos. Puede ser útil para manejar los síntomas y aprender técnicas de afrontamiento ^{2,4}.
- **Terapia Psicodinámica:** Se centra en explorar las experiencias pasadas y los conflictos internos que pueden contribuir a los síntomas disociativos ^{2,4}.
- **Terapia de Integración:** Se enfoca en integrar las partes disociadas de la identidad en un todo coherente. Esto es especialmente relevante en el Trastorno de Identidad Disociativa (TID) ^{2,4}.
- **Terapia de Exposición:** Ayuda a las personas a enfrentar y procesar recuerdos traumáticos de manera segura y controlada ^{2,4}.
- **Terapia Familiar:** Puede involucrar a los miembros de la familia para mejorar el apoyo y la comprensión mutuos ^{2,4}.

Bibliografía

- Modesti MN, Rapisarda L, Capriotti G, Del Casale A. Functional Neuroimaging in Dissociative Disorders: A Systematic Review. *J Pers Med.* 2022;12(9):1405. doi: 10.3390/jpm12091405.
- Camacho Rubio J, Olmeda García MS. Trastornos disociativos. Programa de formación médica. 2019;12(84):4938-4946. DOI: 10.1016/j.med.2019.07.004.
- Carlos C. La historia moderna: Parte III Trastornos Disociativos y Conversión (Internet). *Psiquiatría y salud mental.* 2019;56-67. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998484/06historia-moderna-parte-iii-tto-disociativo-y-conversion-carlos-cruz.pdf>
- Marín Rullán M, Dujo López V, González Trijueque D. Los trastornos disociativos: abordaje clínico y análisis de las repercusiones forenses en el victimario dentro del ámbito penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense.* 2013;13:73-104. ISSN 1576-9941.
- González Molina L, Ponienman M, Areco Pico MM. acerca del trastorno de identidad disociativo: modelos explicativos de enfoque cognitivo. *Anu Investig.* 2020;XXVII:25-32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3691/369166429003/html/>

Romero-López Modesto J. A review of the dissociative disorders: from multiple personality disorder to the posttraumatic stress. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2019 mayo; 32(2):448-456. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000200017&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.218301>.

Perales A, editor. Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo". 2a ed. Lima: UNMSM; 1998. ISBN: 9972-46-044-4.

World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana; 2000. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42326>

González-Rivera J. Dissociative Experiences Scale: Psychometric analysis in Puerto Rico and contributions to the discussion of the factor structure. *Interacciones Rev Av Psicol* [Internet]. 2023(9); 360. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24016/2023>

Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. Disponible en:

Trastorno de ansiedad y estrés: diagnóstico y manejo clínico

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>.

Sánchez JC. Trastorno Disociativo [Internet]. psiquiatria.com. 2018. Disponible en: <http://psiqu.com/1-9215>

González Molina L, Poniaman M, Areco Pico MM. Acerca del trastorno de identidad disociativo: Modelos explicativos de enfoque cognitivo. Facultad de Psicología - UBA. Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Volumen XXVII; 2020.

Haranburu Oiharbide M, Balluerka Lasa N, Gorostiaga Manterola A. Trastorno de la identidad disociativo. En: XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental; 2020. Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2019-36PON7.pdf>.

TRASTORNOS DE CONVERSIÓN

Introducción

Los trastornos de conversión, conocidos como trastornos de síntomas neurológicos funcionales, se distinguen por la aparición de síntomas neurológicos que afectan las funciones motoras o sensoriales voluntarias, tales como debilidad, debilidad, movimientos anormales, convulsiones y anomalías sensoriales, que no pueden explicarse por una fisiopatología neurológica tras una evaluación especializada de las posibles bases orgánicas. Estos síntomas surgen en respuesta a factores psicológicos como el estrés y el trauma. (1)

En la CIE-10, los trastornos de conversión se clasifican en la misma categoría que los trastornos disociativos debido a la superposición de síntomas relacionados con el estrés y el trauma psicológico. Esta similitud hace que diferenciarlos sea un desafío considerable. Sin embargo, en el DSM-5, ambos trastornos se consideran categorías distintas. (1,2)

La presentación clínica del trastorno de conversión es agudo, generalmente temporal (duración corta), y suele manifestarse con un único síntoma en lugar de una enfermedad específica. No obstante, puede existir un incremento progresivo de los síntomas. El 95 % de los casos agudos, remiten espontáneamente en 2 semanas en pacientes hospitalizados. (3)

El pronóstico para los síntomas que persisten durante 6 meses o más sugiere una escasa resolución en el 50% de los casos, y la probabilidad de remisión de síntomas disminuye aún más a medida que se prolonga la duración del trastorno de conversión. (1)

Objetivo General

Orientar en el diagnóstico y manejo clínico de los trastornos conversivos, mediante un enfoque heurístico, ofreciendo un análisis exhaustivo y puntos clave para el diagnóstico diferencial de estos trastornos en la práctica clínica.

Desarrollo

Antecedentes

El trastorno conversivo no tiene un origen conocido. Según los datos, este diagnóstico se asocia con frecuencia con trastornos psiquiátricos comórbidos, que son intensos y duraderos para el paciente, pero que pueden llevar a pasar por alto los síntomas preocupantes de la conversión. Los criterios del DSM-5 clasifican los síntomas del trastorno conversivo en categorías de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

El síndrome de somatización y el síndrome de histeria, también conocido como reacción de conversión o reacción

disociativa, se combinaron para desarrollar lo que hoy se conoce como trastorno de conversión. El concepto fue desarrollado por Paul Briquet y Jean-Martin Charcot, quienes destacaron la influencia de la herencia en los síntomas y su frecuente asociación con eventos traumáticos. Sigmund Freud fue el primero en utilizar el término "conversión". Basándose en su trabajo con Anna O., Freud creía que los síntomas del trastorno de conversión reflejaban conflictos inconscientes (4).

Epidemiología

En la mayoría de las comunidades, las mujeres tienen más trastornos conversivos que los hombres. A menudo ocurren en la adolescencia o al principio de la infancia, pero también pueden ocurrir en otros grupos de edad. Entre 11 y 300 casos por cada 100,000 personas tienen trastorno de conversión. La prevalencia puede ser aún mayor en algunas poblaciones, lo que lo convierte en el trastorno somatomorfo más frecuente en esos grupos. Según varios estudios, los diagnósticos de trastorno de conversión representan entre el 25% y el 30% de los ingresos en hospitales de Veterans Administration. y entre el 5% y el 15% de las consultas psiquiátricas en hospitales generales.

La epidemiología de los trastornos conversivos muestra una

clara predisposición por género y edad, lo que destaca la necesidad de un enfoque específico en estos grupos para un diagnóstico y tratamiento efectivos. La prevalencia en mujeres y la aparición temprana en la vida resaltan la importancia de la vigilancia clínica y la intervención temprana en poblaciones vulnerables. Estos trastornos son más comunes en áreas rurales, con menor nivel socioeconómico y educación. Los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno de somatización y una variedad de trastornos de personalidad son factores de riesgo adicionales. Entre ellos se encuentran el trastorno de personalidad dependiente (que afecta al 5 al 21% de los pacientes), el trastorno de personalidad limítrofe y el trastorno de personalidad pasivo-agresiva (5).

El trastorno de conversión generalmente comienza entre el final de la infancia y el inicio de la vida adulta, y es raro que comience antes de los 10 años o después de los 35. Sin embargo, se han documentado casos de aparición en edades más avanzadas, incluso entre los 80 y 90 años. Es muy probable que exista una enfermedad neurológica o médica subyacente enmascarada cuando los síntomas sugieren un inicio en la vida adulta o en etapas avanzadas. Los síntomas de conversión en niños menores de 10 años suelen limitarse a problemas de marcha o convulsiones.

Etiología y Factores de Riesgo

La etiología de los trastornos conversivos es compleja y multifactorial que generalmente involucra una interacción entre factores psicológicos, sociales y biológicos (6).

- **Psicológicos:** El estrés y el trauma (abuso físico o emocional, eventos traumáticos o estresantes) pueden desencadenar síntomas conversivos.
- **Sociales:** El ambiente familiar y social (abuso y negligencia en infancia, problemas interpersonales y falta de apoyo social) incide en el desarrollo del trastorno.
- **Biológicos:** Las alteraciones del SNC, tales como en áreas del cerebro que regulan las emociones y el movimiento, además de la probable predisposición genética podrían contribuir al desarrollo de síntomas. (6)

Cuadro Clínico

Los trastornos conversivos suelen comenzar de manera repentina y afectar la función motora o sensorial. Además, pueden desaparecer sin causa aparente fisiológica. Estos síntomas físicos suelen ser el resultado de la respuesta del cuerpo al estrés no resuelto y a las emociones no expresadas que los causan. En otras palabras, es común que los síntomas del trastorno de conversión "distrayan" a

la persona de la presión emocional que la rodea. Los síntomas se dividen en dos categorías: motores y sensoriales.

Las siguientes señales pueden indicar un trastorno conversivo:

- Ceguera o visión doble
- Pérdida del equilibrio
- Sordera o problemas de audición
- Temblores
- Alteraciones en la coordinación
- Episodio de falta de respuesta
- Anosmia
- Anestesia
- Afonía
- Entumecimiento o pérdida de la sensación del tacto
- Ataques o convulsiones
- Pérdida de memoria

Para que una persona tenga un trastorno conversivo, debe tener al menos un síntoma de deterioro sensorial o motor, y estos síntomas no deberían ser causados por una condición neurológica, una enfermedad física o el uso de sustancias. Además, los síntomas deben estar asociados con una gran angustia (7)

Tabla 1 Síntomas habituales del Trastornos de Conversión

Síntomas motores	Déficits sensitivos y sensoriales
• Movimientos involuntarios	• Anestesia, especialmente de las extremidades
• Tics	• Anestesia de la línea media
• Blefaroespasmos	• Ceguera
• Tortícolis	• Visión en túnel
• Opistótonos	• Sordera
• Convulsiones	Síntomas viscerales
• Alteración de la marcha	• Vómitos psicógenos
• Caídas	• Seudociesis
• Astasia - Abasia	• Globo histérico
• Parálisis	• Desvanecimientos o síncope
• Debilidad	• Retención urinaria
• Afonía	• Diarrea

Fuente: Valdés Miyar M, Romeo RS. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría 11a Edición. 2015. (1)

▪ **Síntomas sensoriales**

El trastorno de conversión causa anestesia y parestesia, especialmente en las extremidades. Puede que se afecten las modalidades sensoriales y estas alteraciones no suelen relacionarse con afecciones del sistema nervioso central o periférico. Como resultado, los profesionales médicos pueden encontrar anestesia distintiva en las manos y los pies, o hemianestesia en todo el cuerpo, comenzando específicamente en la línea media.

Los trastornos de conversión también pueden afectar los órganos de los sentidos especiales, como la visión en túnel, la sordera y la ceguera. Aunque las vías sensoriales pueden ser unilaterales o bilaterales, la evaluación neurológica muestra rasgos distintivos. Por ejemplo, las personas con

trastorno de ceguera pueden caminar sin tropezar ni hacerse daño; sus pupilas reaccionan a la luz y sus potenciales evocados corticales son normales. (1)

- **Síntomas motores**

Movimientos anormales, alteración de la marcha, debilidad y parálisis son síntomas motores del trastorno de conversión.

Es posible que haya temblores rítmicos, movimientos coreiformes, tics y sacudidas. En general, prestar atención a los movimientos los hace más dañinos. Un cambio en la marcha que se puede notar es la astasia-abasia, una marcha intensamente atáxica y tambaleante acompañada de movimientos ondulantes y violentos de los brazos, es una de las alteraciones de la marcha que se observa. Los pacientes con estos síntomas casi nunca caen y, si lo hacen, suelen no sufrir lesiones. (4)

- **Síntomas convulsivos**

Las pseudoconvulsiones son otro síntoma del trastorno de conversión. Los médicos pueden tener dificultades para distinguir una pseudoconvulsión de una convulsión real si se basan únicamente en la observación clínica. Además, un tercio de los pacientes con pseudoconvulsiones también experimentan un trastorno epiléptico al mismo tiempo. Las pseudoconvulsiones pueden causar mordeduras de lengua,

incontinencia urinaria y lesiones después de una caída, aunque no son comunes. (4)

Clasificación

En la CIE-10, estos trastornos están clasificados bajo el término "Trastornos disociativos (de conversión)" y se dividen en varias categorías dependiendo de los tipos específicos de síntomas que se presentan. (8)

Tabla 1 Códigos en DSM-5 según tipos de síntomas

(F44.4) Con debilidad o parálisis
(F44.4) Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha)
(F44.4) Con síntomas de la deglución
(F44.4) Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación)
(F44.5) Con ataques o convulsiones
(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva
(F44.6) Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)
(F44.7) Con síntomas mixtos

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a Ed. Arlington; 2014. (6)

Los trastornos de conversión se subdividen en categorías más específicas dentro del DSM-5 en comparación con la CIE-10. El DSM-5 introduce esta subdivisión para lograr una mayor precisión y especificidad en el diagnóstico, permitiendo identificar el tipo de síntoma o déficit presente en el trastorno de conversión, como debilidad o parálisis, movimientos anormales, o ataques y convulsiones. Esto facilita un enfoque más detallado y personalizado en el tratamiento de estos trastornos.

F44.4 Trastornos disociativos del movimiento (8)

Una de las formas más frecuente de este trastorno; implica la pérdida de la capacidad de mover completa o parcialmente una o más extremidades.

F44.4 Trastorno de Conversión con debilidad o parálisis (6).

Pérdida de fuerza o una incapacidad para mover una parte del cuerpo sin una explicación médica subyacente.

F44.4 Trastorno de Conversión con movimiento anómalo (6)

Movimientos involuntarios o anormales, como temblores, movimientos distónicos, sacudidas musculares (mioclonía) o problemas con la forma de caminar.

F44.4 Trastorno de Conversión con síntomas de deglución (6)

Dificultad para tragar que no tienen una causa médica identificable.

F44.4 Trastorno de Conversión con síntomas del habla (6).

Problemas con la voz o la articulación del habla, como disfonía (pérdida parcial o total de la voz) o dificultad para articular palabras correctamente.

F44.5 Convulsiones disociativas (8)

Imitan los movimientos de los ataques epilépticos, pero es poco común que el paciente se muerda la lengua, sufra contusiones al caer o presente incontinencia urinaria. En estos episodios, no hay pérdida de la conciencia; en su lugar, el paciente puede entrar en un estado de estupor o trance.

F44.5 Trastorno de Conversión con ataques o convulsiones (6)

Convulsiones o ataques que imitan las epilépticas, pero no tienen una base neurológica.

F44.6 Anestesia disociativa y pérdida sensorial (8).

Las áreas de la piel que muestran anestesia suelen estar más alineadas con las creencias del paciente

sobre su propio cuerpo, que con principios médicos. Puede haber pérdida de diferentes sensaciones, lo que no se explica por lesiones neurológicas. La pérdida sensorial a menudo se acompaña de quejas de parestesia (sensaciones anormales como hormigueo). En los trastornos disociativos, es raro que la pérdida de visión y audición sea completa. (8)

F44.6 Trastorno de Conversión con anestesia o pérdida sensitiva (6)

Pérdida de la sensibilidad en una parte del cuerpo, como insensibilidad al tacto, sin una causa médica.

F44.6 Trastorno de Conversión con síntoma sensitivo especial (6)

Alteraciones en los sentidos especiales, como la visión, el olfato o la audición.

F44.7 Trastornos disociativos mixtos [y de conversión] (8)

F44.7 Trastorno de Conversión con síntomas mixtos
Combinación de varios tipos de síntomas disociativos y conversivos

Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos de conversión según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10), se fundamenta en la detección de

síntomas neurológicos que no pueden ser atribuidos a ninguna condición médica subyacente y que están vinculados a factores psicológicos. (1)

El DSM-5 restringe el diagnóstico del trastorno de conversión a aquellos síntomas que impactan las funciones motoras o sensoriales voluntarias, es decir, a los síntomas neurológicos; no se pueden explicar los síntomas neurológicos a partir de una enfermedad neurológica conocida, porque su origen es psicógeno. (1)

En los trastornos conversivos, un episodio agudo se caracteriza por síntomas que duran menos de 6 meses. Si los síntomas persisten más allá de este período, se considera un episodio persistente. Es fundamental especificar si los síntomas se presentan debido a un factor de estrés psicológico previo (especificando dicho factor) o en ausencia de este. Aunque tradicionalmente se asocian con la presencia de un factor estresante previo, hay casos en los que estos trastornos pueden aparecer sin un factor de estrés claramente identificable. (1)

La denominación de los trastornos conversivos como "trastornos de síntomas neurológicos funcionales", se debe a la alteración "funcional" (funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o "psicógeno" (indicando una etiología presunta). (1)

Tabla 2 Criterios Diagnósticos de Trastornos conversivos

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a Ed. Arlington; 2014. (6)

Diagnóstico Diferencial

■ Trastornos Disociativos

Las características que distinguen a los trastornos disociativos de los trastornos de conversión son la disrupción en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción en los primeros, en contraste con la manifestación de síntomas neurológicos que afectan el funcionamiento motor o sensorial en los segundos. (4)

Además, los síntomas de los trastornos disociativos pueden manifestarse como una pérdida significativa de memoria, múltiples identidades o experiencias persistentes de sentirse separado del propio cuerpo o de la realidad circundante. Por otro lado, los síntomas de los trastornos de conversión incluyen debilidad, parálisis, movimientos anormales, pérdida de visión o audición, y convulsiones psicógenas sin sustento neurológico.

La etiología de los trastornos disociativos no tiene una base neurológica clara y puede o no estar relacionada con eventos traumáticos. A diferencia de los trastornos de conversión, cuyos síntomas no pueden ser explicados por ninguna condición médica reconocida y suelen desarrollarse en respuesta al estrés o al trauma emocional. ((4)

Fisiopatología

Los trastornos conversivos son métodos no verbales para controlar el entorno. Hay dos explicaciones posibles para los síntomas. La primera es una ventaja primaria, en la que el síntoma ayuda al paciente a evitar enfrentar sus emociones negativas. La segunda es una ganancia secundaria: la persona obtiene apoyo que normalmente no recibiría y evita problemas.

Estos trastornos conversivos son poco comunes y se cree que su frecuencia está disminuyendo. La mayoría de los

casos son neurológicos y ortopédicos, y ocurren en personas afectadas por accidentes industriales, soldados en tiempos de guerra y víctimas de violencia.

La gran mayoría, de los pacientes con trastornos conversivos, presentan antecedentes de abuso sexual y físico (9)

Manejo terapéutico

La resolución de los síntomas del trastorno de conversión suele ser espontánea, sin embargo, se menciona que, si la persona con trastorno por conversión también experimenta ansiedad o depresión, pueden tratarse simultáneamente al trastorno por conversión y de esta manera se ayuda a mejorar los síntomas.

- La psicoterapia: Se ha demostrado que la psicoterapia, como la terapia individual, grupal y especialmente la TCC, ayuda a las personas con trastornos de conversión a identificar los factores que podrían haber causado sus síntomas y a aprender nuevas formas de manejarlos.
- Los fármacos: Los médicos pueden prescribir medicamentos para tratar los síntomas de la ansiedad o el trastorno de conversión.
- La fisioterapia: Debido a las limitaciones en el movimiento, que pueden incluir problemas de

coordinación, equilibrio o debilidad en las extremidades, las personas con trastorno conversivo con frecuencia requieren fisioterapia.

Decir a los pacientes que sus síntomas son producto de su imaginación suele empeorar su condición. En algunos casos, tratamientos como la hipnosis, los analgésicos y los ejercicios de relajación conductual pueden ser efectivos.

El uso de lorazepam por vía parenteral puede ser útil para obtener más información sobre los antecedentes del paciente, especialmente cuando ha sufrido un trauma reciente (4)

Prevención

Participar en actividades que alivien el estrés, como ejercicios físicos suaves y agradables, puede ayudar a prevenir los síntomas del trastorno de conversión. Además, es fundamental contar con una fuente confiable de apoyo emocional durante momentos de estrés. Estas técnicas no solo pueden disminuir la frecuencia de los síntomas, sino que también pueden mejorar el bienestar general.

Técnicas de relajación como la meditación y el yoga, mantener una rutina de sueño saludable y participar en actividades sociales que fomentan el sentido de pertenencia y comunidad son otras prácticas beneficiosas (10)

Pronóstico y Curso

El trastorno por conversión generalmente mejora con el tiempo, especialmente cuando se eliminan los factores de estrés. Sin embargo, en algunas personas, los síntomas pueden reaparecer durante períodos de estrés. Para minimizar la posibilidad de recurrencia, es crucial implementar estrategias efectivas de manejo del estrés, como la terapia cognitivo-conductual, la práctica regular de actividades físicas y de relajación, y el establecimiento de un sólido sistema de apoyo emocional. Además, el seguimiento continuo con profesionales de la salud mental puede ayudar a identificar y abordar rápidamente cualquier síntoma emergente, promoviendo así una recuperación más duradera y estable (10)

Como resultado, uno de los episodios precede a los otros. rápido inicio y elementos estresantes evidentes en el entorno. El momento de inicio, la breve duración entre el comienzo del trastorno y el inicio del tratamiento y una inteligencia superior a la media son indicadores de un buen pronóstico. Las señales positivas incluyen parálisis, afonía y ceguera, mientras que las señales negativas incluyen temblor y convulsiones (4)

BIBLIOGRAFÍA

- Valdés Miyar M, Romeo RS. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría 11^a Edición.
- World Health Organization. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a Ed. Arlington; 2014.
- Valdés Miyar M, Romeo RS. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría 11^a Edición. China; 2015.
- García Mantilla JS, Vásquez Rojas RA. Lo visible y lo menos visible en el padecimiento de un trastorno conversivo en niños y adolescentes. Un estudio cualitativo sobre los modelos explicativos de la enfermedad que ofrecen los cuidadores de niños y adolescentes con trastorno conversivo. Rev Colomb Psiquiatr. 2020 Jul;47(3):155-64.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a Ed. Arlington; 2014.
- Andrés Sampayo Salgueiro. Mundo Psicólogos. 2022. ¿Qué es el trastorno de conversión? Principales síntomas, causas y tratamiento.

World Health Organization. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995.

Judith E. Tintinalli, J. Stephan Stapczynski, O. John Ma, David M. Cline, Garth D. Meckler, Rita K. Cydulka. Tintinalli. Medicina de urgencias, 7e. 7ma ed. McGraw-Hill, editor. Chapel Hill: 2017; 2020.

Equipo de Profesionales Médicos. Ada. 2022. Trastorno de conversión

Dr. Manuel Humberto Rodríguez Perdomo, Esp
Especialista de Primer Grado en Psiquiatría
Docente. Universidad Técnica de Machala. Ecuador.
mrodriguez@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-3538-9245>

COLABORADORES

Julissa Katherine Amores Olivares
Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de
Machala. Ecuador
jamoses1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0002-0829-5483>

Nahomi Janira Cango Piedra
Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de
Machala. Ecuador.
ncango1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-2958-1355>

ISBN: 978-9942-33-964-5



Compás
capacitación e investigación