

UNIVERSIDAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE LA HABANA

CARRERA: MEDICINA

AÑO: 5^{TO}.

ASIGNATURA: PSIQUIATRIA

TRASTORNOS DE ETIOLOGÍA PREDOMINANTEMENTE EMOCIONAL

Profesora: Dra. Yamira Puentes Rodríguez

2 de septiembre de 2020

Trastornos de etiología predominantemente emocional

Sumario

- Trastornos relacionados con situaciones estresantes
- Trastornos neuróticos
- Trastorno somatomorfos (Estudio independiente)

Trastornos relacionados con situaciones estresantes y trastornos de adaptación en el adulto

Concepto. Etiología. Características y Diferencias entre las formas clínicas básicas

- Trastorno de estrés agudo
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastornos de Adaptación.

Tratamiento farmacológico y psicológico en la comunidad
Criterios de remisión

Trastornos relacionados con situaciones estresantes

Premisas: interacción dinámica del hombre y su medio



Diversos eventos de la vida cotidiana pueden ser desbordantes de los RECURSOS ADAPTATIVOS del individuo, **IMPORTANTE TENER EN CUENTA**

- Valoración objetiva y subjetiva que hace el sujeto
- Características individuales
- Características del estímulo estresante
- Entorno socio-cultural

Cuando tras una valoración integral y contextual el umbral de tolerancia a las frustraciones y situaciones de tensión en sujetos PRESUMIBLEMENTE “normales”, es superado por contingencias ambientales se originan dos tipos de Trastornos o modalidades nosográficas básicas

- ▶ Trastornos relacionados con situaciones estresantes (estrés agudo o grave y estrés postraumático)
- ▶ Trastornos de adaptación.

Otras características comunes o importantes:

- Relación entre manifestaciones psicopatológicas, noxa y momento de instalación
- Buen pronóstico

Características diferenciales más significativas

- magnitud y significación de la noxa
- intensidad de las alteraciones psicopatológicas
- relación temporal entre el evento desencadenante y la aparición de los síntomas

Reacción a estrés agudo (reacción aguda ante gran tensión)

Instalación súbita y breve duración (horas o días), en sujetos **sin afección mental** previa evidente

Consecutivos a situaciones de tensiones significativas con amenaza de muerte, daño a la integridad de los sujetos y/o grandes pérdidas materiales. Ej. catástrofes naturales, grandes accidentes, guerras, atracos, violaciones...que suelen superar el umbral de tolerancia a tensiones existentes en sujetos normales y en un entorno sociocultural determinado

REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO

(reacción aguda ante gran tensión)

Clínicamente más frecuentes:

- cuadros disociativos, (sensación de aturdimiento o distanciamiento, desorientación, embotamiento emocional)
- cuadros de agitación psicomotriz
- repetición de la experiencia vivida durante los sueños del sujeto con pensamientos, sentimientos y conductas de escape, paralización y/o evitación de las situaciones que recuerdan el evento traumático.

En particular, ante situaciones de desastres y catástrofes es fundamental preservar la vida, atender las necesidades básicas y poner el tratamiento más precoz posible.

REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO

(reacción aguda ante gran tensión)

Se debe:

- Apoyar que las víctimas expresen libremente sus emociones y sentimientos.
- La privacidad, apoyo y empatía son muy útiles en casos de violencia sexual.
- Si hay muchos afectados son más útiles las terapias grupales, por motivos prácticos, además fomentan la cohesión y fortalecen las redes de apoyo social.
- Tratamiento sintomático: mejoría del insomnio y síntomas neurovegetativos. Útiles ansiolíticos, amitriptilina e ISRS.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Respuesta diferida a eventos amenazantes o catastróficos como los anteriores. Tras período de latencia, los síntomas aparecen entre 3 - 6 meses después del evento.

Expresión clínica más típica:

- embotamiento afectivo,
- anhedonia (incapacidad para experimentar placer, pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades cotidianas)
- y flash backs o reviviscencias del hecho traumático en vigilia o sueños terroríficos con notable angustia.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A veces

- cuadros de pánico con temor intenso y desesperanza ante situaciones que recuerden la noxa original. Rechazo a recordar o hablar de temas relacionados con la situación traumática y evitación de actividades o situaciones vinculadas con esta.
- También manifestaciones de agresividad, estados de hiperactividad vegetativa, con hipervigilancia, sobresalto e insomnio, depresión e ideación suicida.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La gravedad, duración y cercanía al evento psicotraumatizante, la magnitud de las pérdidas, la personalidad previa y las redes de apoyo familiar y social influyen en la severidad y pronóstico del cuadro clínico.

Curso fluctuante, generalmente tiende a la recuperación.

Sin tratamiento adecuado, puede complicarse con abuso/ dependencia de sustancias y conducta suicida. También evolucionar a la cronicidad y transformación persistente de la personalidad.

TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Consecutivos a eventos menos trascendentes que los cuadros anteriores como cambios biográficos significativos o eventos vitales no catastróficos (ej. muerte o separación de seres queridos, pérdidas materiales o morales significativas y emigración), y vinculados estrechamente con las manifestaciones psicopatológicas.

Son los más frecuentes en acudir al médico general

Entre 5 -20% de pacientes en tto. psiquiátrico ambulatorio

En sujetos sin evidencias de afecciones psiquiátricas

♀ Mayor frecuencia ♂ en población adulta

Trastornos de adaptación

Formas clínicas: depresiva, ansiosa, mixta y neurasteniforme, sobre todo en adolescentes y niños trastornos de conducta, también en niños enuresis y chupeteo del pulgar.

Puede causar sufrimiento y dificultar el funcionamiento en áreas familiar, laboral, escolar, social, etc. del paciente.

Trastornos de adaptación

Diagnóstico diferencial: trastornos neuróticos, de personalidad y retraso mental

-Trastornos neuróticos: endeblez de la personalidad previa, antecedentes de cuadros psicopatológicos relacionados con factores ambientales poco significativos.

-Trastornos de personalidad: rasgos exagerados y rígidos en el funcionamiento de la personalidad.

Duración breve, la mayoría no pasa los 3 meses.

Propia de acciones terapéuticas del médico general

Más de 2 años, modificar el diagnóstico por trastorno neurótico o de la personalidad.

Tratamiento

1.Preventivo: difícil predecir quién(es) o bajo cuáles eventos se desarrollará el trastorno

2.Curativo

- Recursos psicológicos: relación médico-paciente positiva, de tipo participación mutua, utilización de recursos de apoyo, seguridad, persuasión e información son suficientes en la gran mayoría de los casos.
- Recursos biológicos: tto. sintomático con ansiolíticos, antidepresivos.
- Recursos sociales: cuando se pueda accionar sobre el medio, remover el factor estresante, reforzar las redes de apoyo, etc..
- MNT: técnicas de relajación, acupuntura, Fitoterapia.

REMISION: excepcional para diagnóstico especializado, por riesgo suicida o evolución tórpida.

Trastornos neuróticos

Concepto. Etiopatogenia. Clasificación clínica actual de los trastornos neuróticos estructurados. Cuadro clínico. Evolución y pronóstico.

Tratamiento por el médico general: promoción, prevención, atención y rehabilitación del paciente, según el momento evolutivo y la gravedad del trastorno.

Trastornos Neuróticos

Trastornos psiquiátricos **relativamente benignos**, caracterizados por el **desarrollo endeble de la personalidad** que facilitan la **expresión desproporcionada de ansiedad** ante contingencias ambientales poco trascendentales.

Afectan de forma discreta la adaptación creadora al medio y tienen, casi siempre, un **desarrollo crónico** con **etapas de mejoría y agudización**.

Trastornos Neuróticos

Aspectos Etiopatogénicos

IMPORTANTE: interacción del medio y la personalidad en desarrollo para la estructuración de los trastornos neuróticos.

Factores Ambientales.

Factores constitucionales (tipo de Sistema Nervioso: fuerte-inestable y débil)

Mecanismos conscientes e inconscientes.

Modelos de aprendizaje: condicionado, instrumental u operante

Características de la personalidad en los trastornos neuróticos

- Desarrollo de aprendizajes tempranos distorsionados.
- Necesidades patológicas de afecto, seguridad, comunicación, dependencia/independencia.
- Estructuración de motivaciones alteradas.
- Baja autoestima. Deficiente autovaloración.
- Relaciones interpersonales afectadas consigo y los demás.
- Propensión a la ansiedad. (Expresada en situaciones poco significativas)
- Presión de sufrimiento e infelicidad.
- Actitudes y mecanismos evitativos.

Cuadro Clínico General de los Trastornos Neuróticos

- **Período de estado:**

Manifestaciones de endeblez de la personalidad insuficiente.

- **Período de crisis o agudización:**

Ante contingencias de poca significación.

Manifestaciones: Ansiedad marcada, fóbicas, obsesivas, asténicas, disociativas, somatomorfias (diversas formas clínicas).

Presencia de sufrimiento.

Crítica de la enfermedad.

PRINCIPALES FORMAS CLINICAS DE LOS TRASTORNOS NEUROTICOS

- Trastorno de Ansiedad fóbica
- Trastorno de Pánico
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno Obsesivo-compulsivo
- Trastorno Neurasténico
- Trastorno Disociativo
- Trastorno Mixto de Ansiedad-depresión

PRINCIPALES FORMAS CLINICAS

1. Trastorno de Ansiedad fóbica

Son muy frecuentes. Hay miedo irracional y conductas de evitación, limitan la vida personal y causan mucho sufrimiento.

- Agorafobia: a espacios abiertos, viajar solo.....
- Fobia social: hablar en público,
- Fobias específicas: animales, lugares cerrados.....

2.Trastorno de Pánico

Crisis paroxísticas de ansiedad, súbitas e impredecibles, breve duración. Síntomas cardiovasculares y neurovegetativos, miedo a perder el control o volverse loco.....

3.Trastorno de Ansiedad Generalizada

Síntomas objetivos (-ínicos y neurovegetativos- y subjetivos) de ansiedad generalizada y persistente

4.Trastorno Obsesivo-compulsivo

Manifestaciones egodistónicas, con crítica y mucho sufrimiento: ideas obsesivas, actos compulsivos y dudas obsesivas

TRASTORNOS NEUROTICOS. FORMAS CLINICAS (II):

4.Trastornos disociativos: de origen psicógeno, reproducen -en forma involuntaria- múltiples afecciones psíquicas y somáticas. Puede afectarse la memoria, la identidad, sensibilidad o el control motor voluntario. Generalmente hay un estrechamiento cualitativamente selectivo de la conciencia ante determinadas situaciones emocionalmente significativas. Formas clínicas:

- Trastornos Disociativos de la motilidad voluntaria y la sensibilidad, Amnesia, Fuga, Estupor disociativo. Trastornos de trance y posesión (fuera de ceremonias religiosas).

5.Trastorno Neurasténico:

Fatiga psíquica desproporcionada al esfuerzo mental realizado y dificultad para recuperarse tras un descanso normal, distractibilidad, hipomnesia, irritabilidad, hiperestesia auditiva, molestias musculares, vértigos, cefaleas de tensión, trastornos del sueño y disfunciones sexuales diversas.

6.Trastorno Mixto de Ansiedad-depresión:

Coexisten con igual intensidad síntomas ansiosos y de depresión ligera. Difícil evaluar los mismos por separado.

Evolución y Pronóstico

- Evolución

Hacia la cronicidad (etapas de atenuación y exacerbación de los síntomas)

- Pronóstico

De los períodos de agudización es generalmente bueno, permite el tratamiento por el médico general. No afectan demasiado la capacidad creadora pero causan inconsistencias en el funcionamiento interpersonal, laboral, social, etc.

Tratamiento por el Médico General

- Preventivo

- Educación para la Salud.
- Escuela de padres.

- Curativo

Recursos Biológicos: ansiolíticos, antidepresivos, (neurolepticos a bajas dosis: trifluorperacina 1mg o clorpromacina 25 mg 3v/día).

Recursos Psicológicos: relación médico-paciente de tipo participación mutua, psicoterapia breve, apoyo y persuasión.

Recursos de la MNT: fitoterapia, técnicas de relajación.

Recursos sociales: cambio del medio, orientaciones familiares y laborales, evitar indicaciones innecesarias de reposo.

Remisión y Tratamiento Especializado

- Control de los episodios neuróticos agudos severos
- Valoración de riesgo suicida
- Utilización de otros recursos biológicos y psicológicos
- Combinaciones farmacológicas
- Otros recursos de MNT
- Psicoterapia individual y grupal
- Hospitalización en UIC

Bibliografía

Bibliografía Básica

González, R., Sandoval, JE. (2019). Manual de Psiquiatría. Edit. Ciencias Médicas. La Habana.

Bibliografía de Consulta

Colectivo de Autores (2008) GC-3. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría . Edit. Ciencias Médicas. La Habana.