



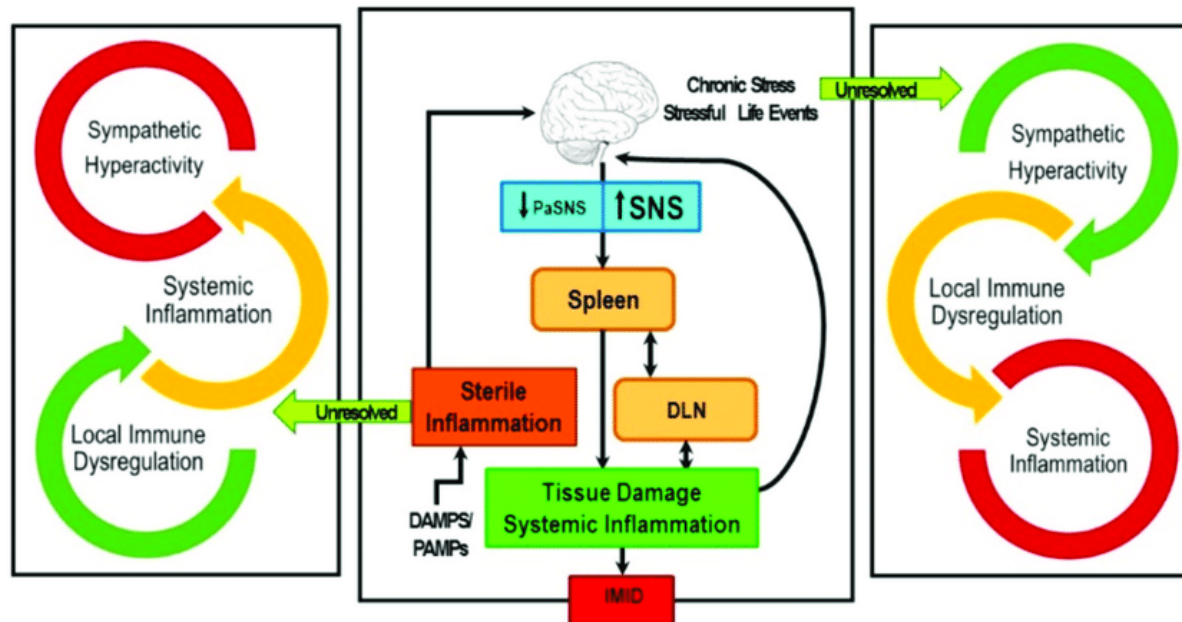
TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS

Dr. Ricardo Ortega Pineda

CMN 20 de Noviembre

Estrés

- El estrés es un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo. Esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad.



Respuesta al estrés

- 1ª fase: Emergencia de emociones: Miedo, tristeza, enojo. → evitación de pensamientos y estímulos que recuerdan el estresor.
- 2ª fase: Negación y evitación de las consecuencias del evento.
- 3ª fase: Intrusión y supresión de pensamientos
- 4ª fase: Resolución, cronificación o cambios en la personalidad

Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés

- Grupo de trastornos marcados por la previa exposición a eventos traumáticos o estresantes.
- Pueden ser causados por ser parte o ser testigo de un evento estresante o catastrófico.





TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

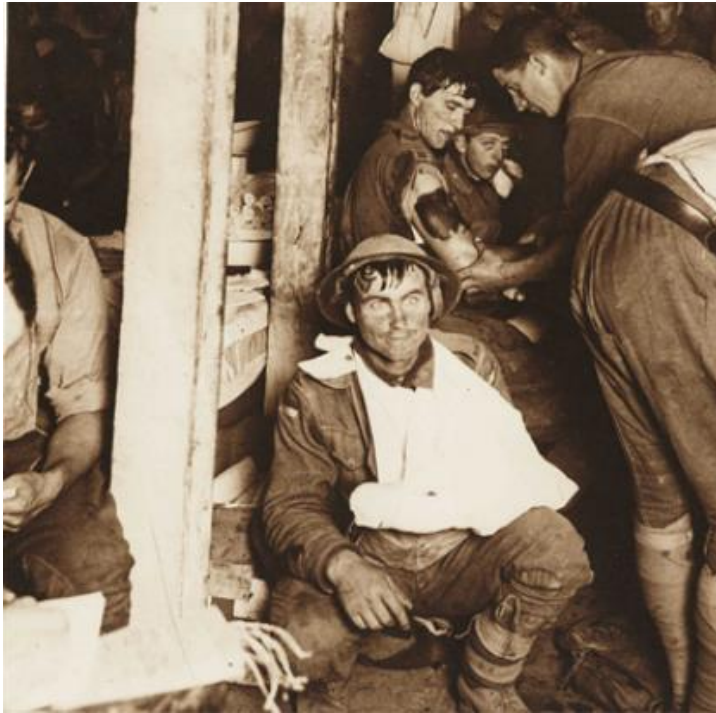
Trastorno por estrés postraumático

Es una condición que se puede desarrollar tras la exposición a eventos traumáticos como violencia interpersonal, combate(guerra), accidentes mortales o desastres naturales.



Antecedentes

- Descrito las primeras veces en soldados que regresan de la guerra:
- Neurosis de Guerra
- Corazón de Soldado
- Síndrome del Golfo



Síntomas

- Los síntomas que componen esta respuesta son de miedo, desesperanza, y la revivencia de los eventos traumáticos, los cuales condicionan conductas de evitación y los famosos “flashbacks”.



Epidemiología

• Militar

Hasta 30% en veteranos de guerra

Hasta el 15% continua con síntomas 10 años después de la guerra.

Relacionada directamente a la zona de guerra, a la cantidad de exposición a combate (6-13%).

Meseta → Resiliencia.

• Civil

70% de las mujeres en USA expuestas a trauma severo.

México. 2.3 % de las mujeres y 0.49% de los hombres reportan datos de TEPT. Violación, Acoso, Secuestro, Abuso Sexual.

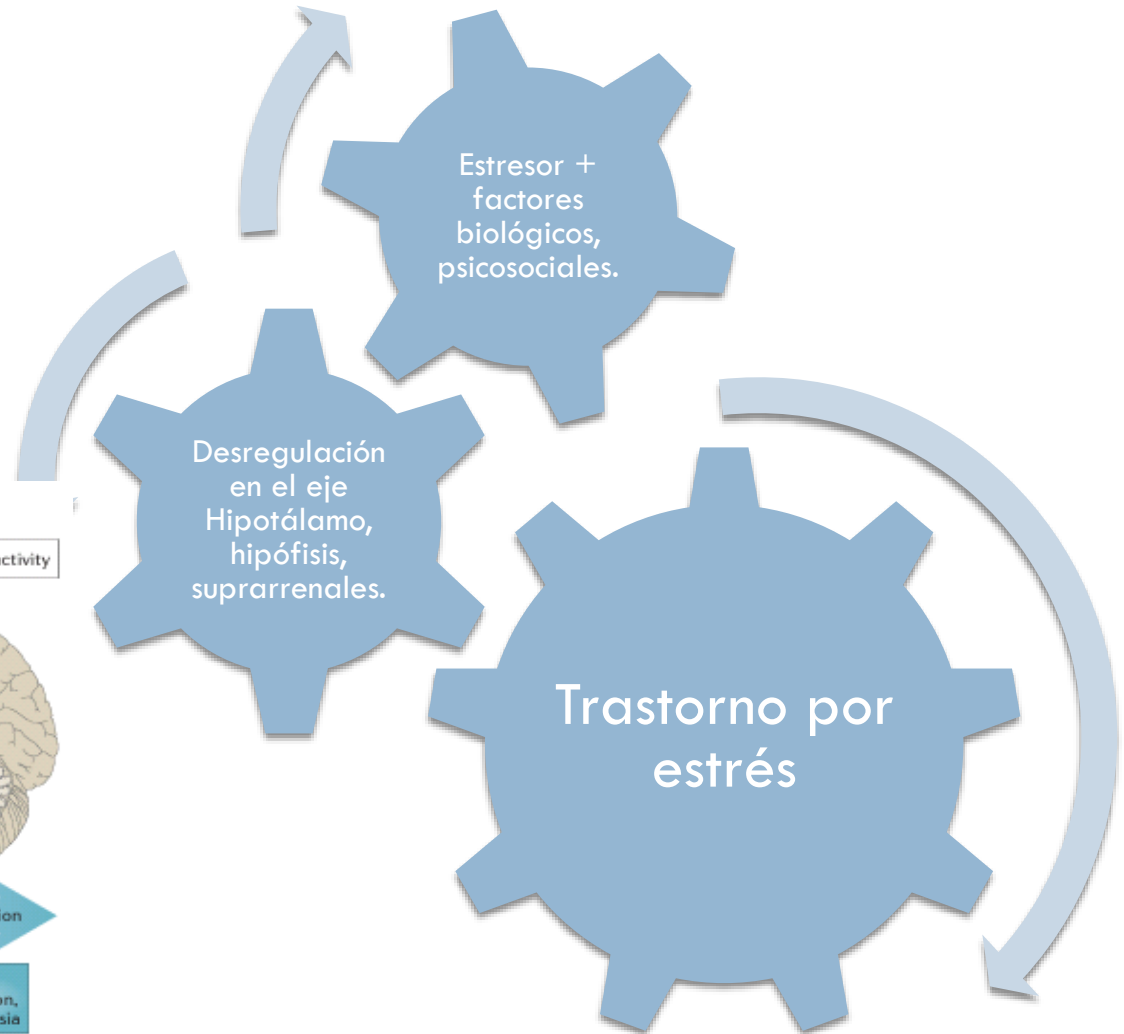
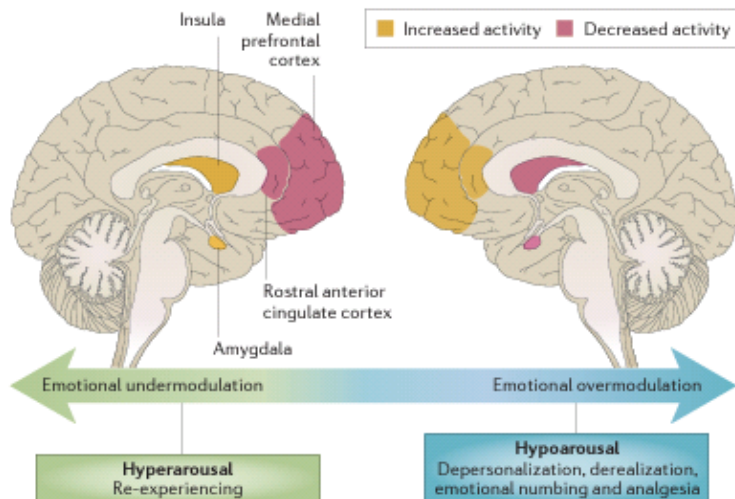
Ciudades fronterizas: 49.68% (H) y 50.1% (M). Robo, violación, abuso sexual.

Comorbilidades

- ❑ Trastorno epresivo.
- ❑ Trastorno por consumo de sustancias.
- ❑ Trastornos de ansiedad.
- ❑ Trastorno bipolar.



Etiología



Factores de riesgo

Trauma
significativo

Dosis-
respuesta

Trauma en la
niñez

Pobre
estructura de
soporte social

Femenino

Trastornos de
la
personalidad

Alto consumo
de alcohol

Genética y Neurobiología

□ Genes relacionados:

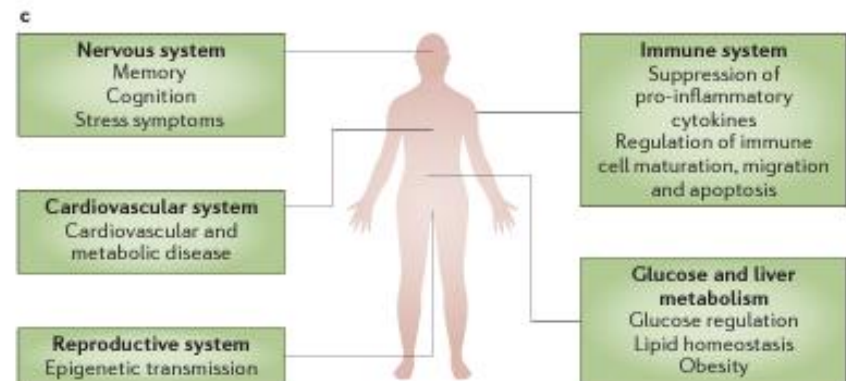
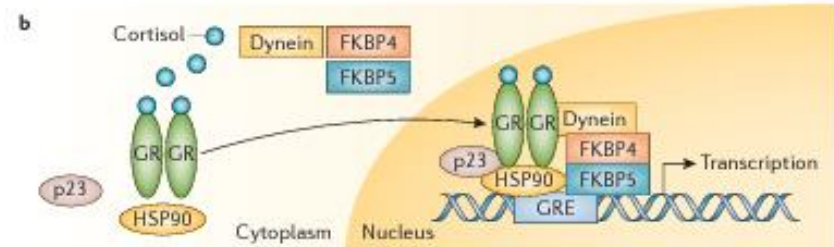
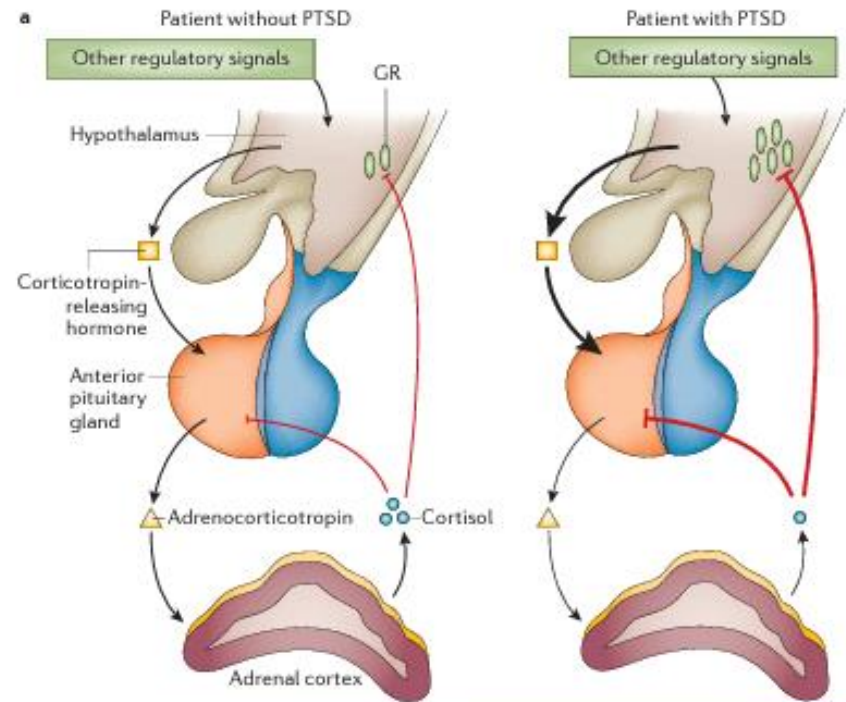
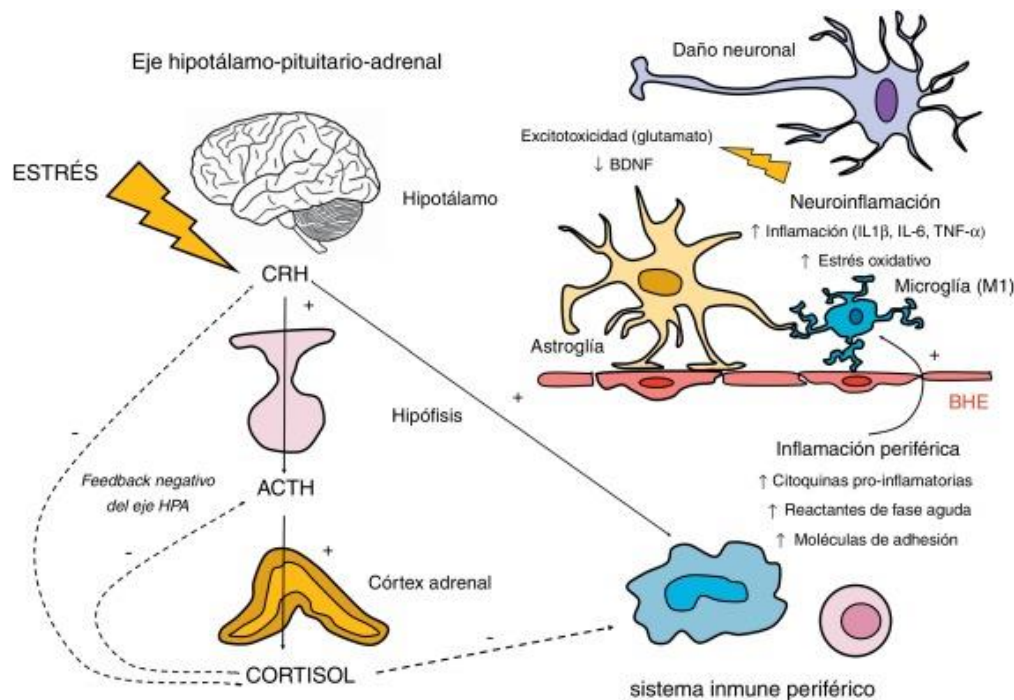
-NR3C1- Receptor de Glucocorticoides

- FKBP5- proteína de unión FK-506
(inmunoregulación).

- Citocinas proinflamatorias, neuropéptidos, y endocannabinoides (CB1) relacionados con disminución de la señalización de CG's.

*Neurobiología de la resiliencia: Péptido Y, DHEA, BDNF

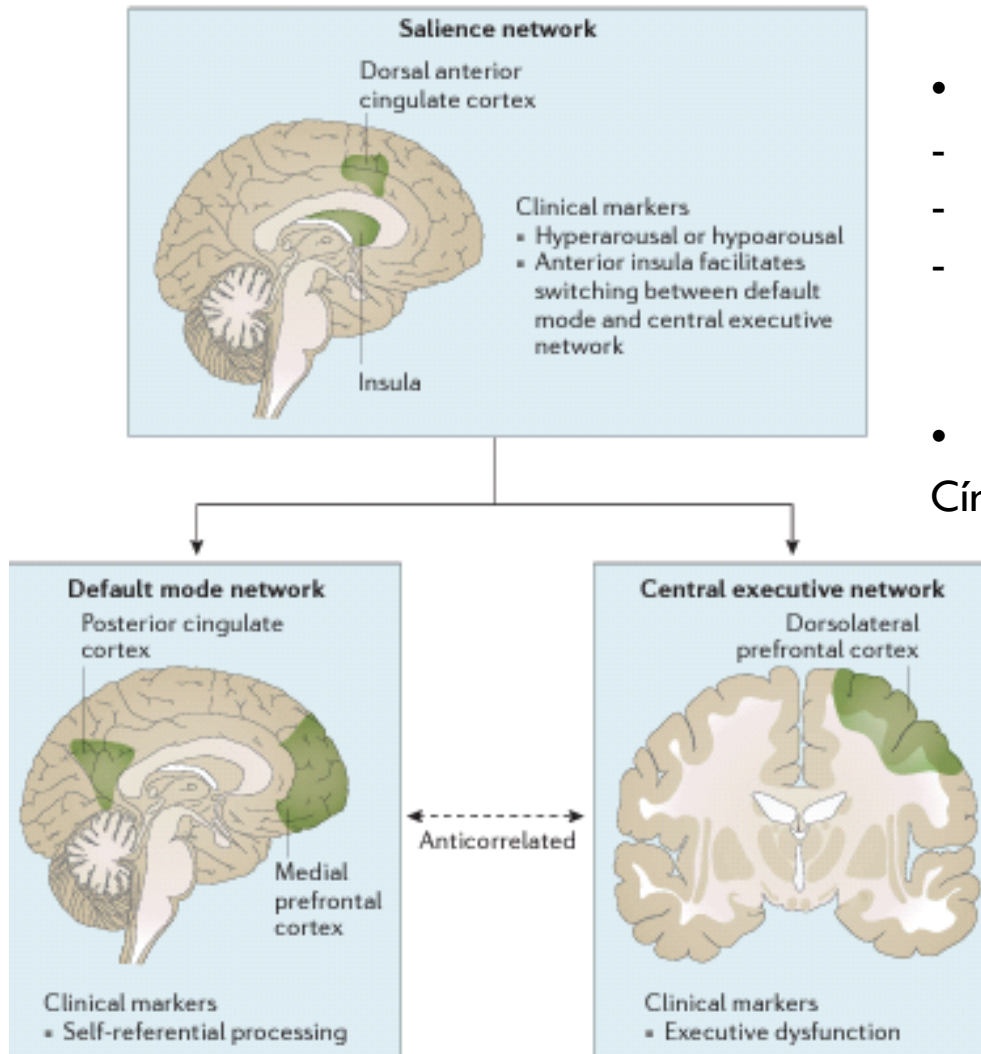
Fisiopatología



Fisiopatología



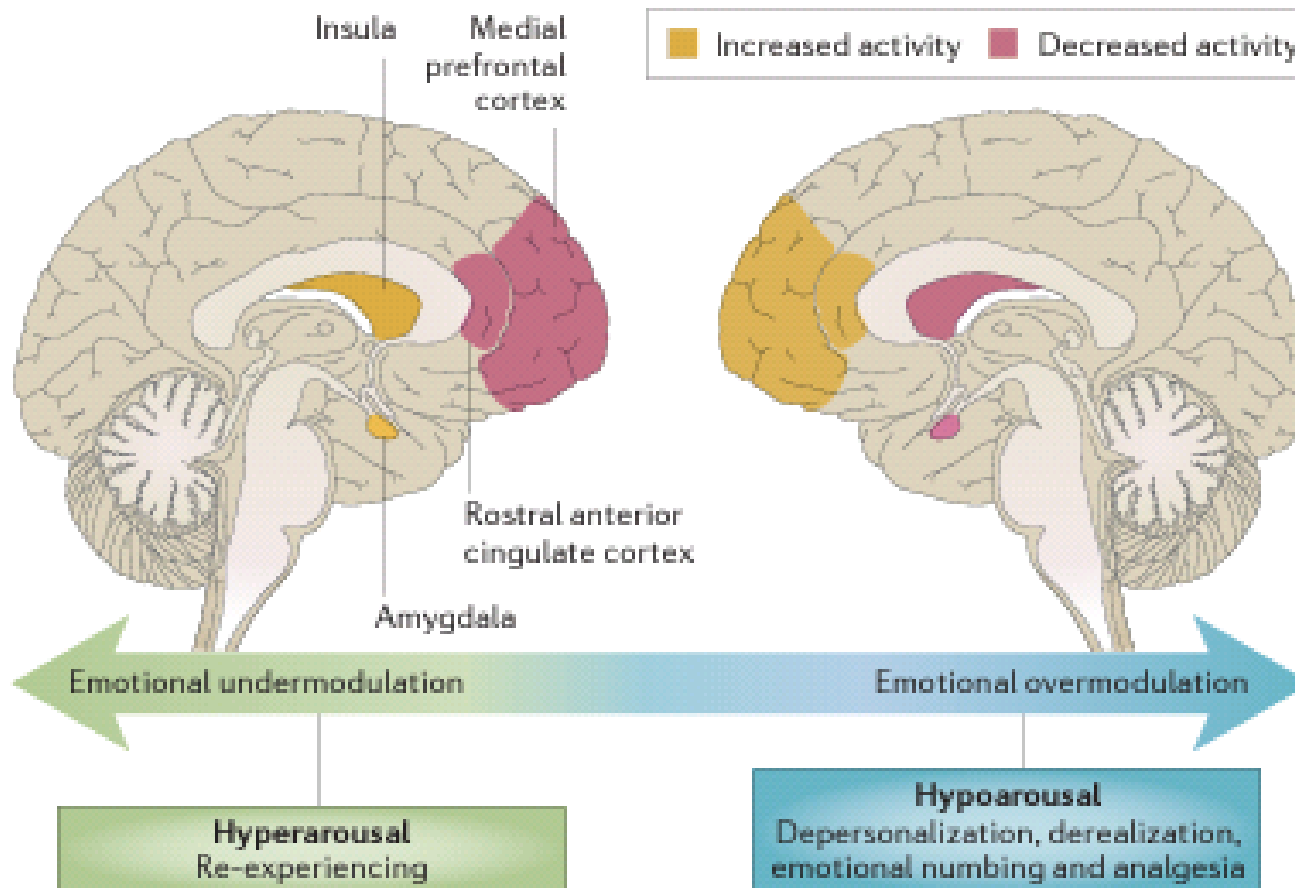
Funciones cognitivas y neurocircuitos

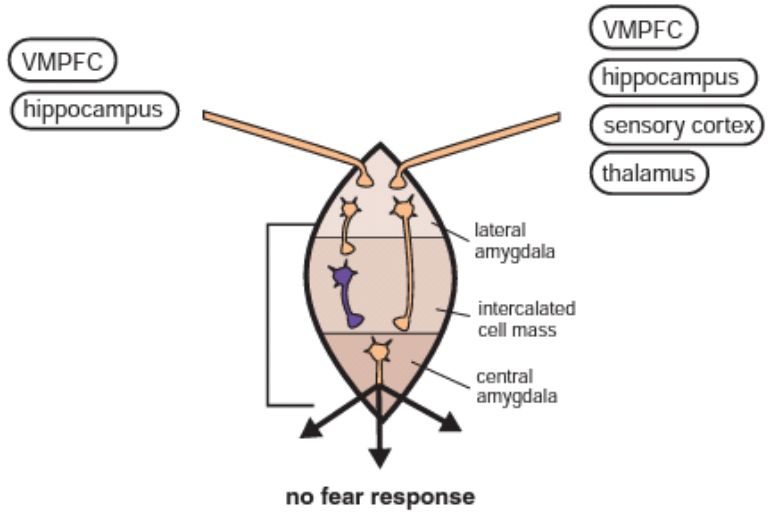


- Deficiencia en la señalización hipocampal
 - Déficit de memoria.
 - Extinción de la respuesta al miedo.
 - Volumen hipocampal menor: Factor de riesgo
- Circuitos que asocian la amígdala, mCPF, Cíngulo e Insula.

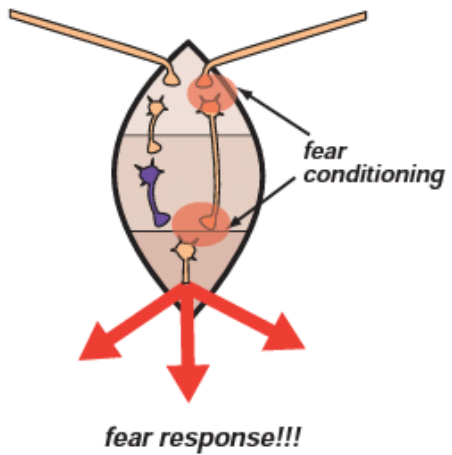
Fisiopatología

Modulación amigdalina

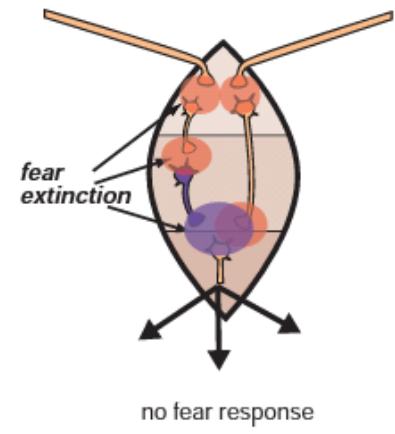




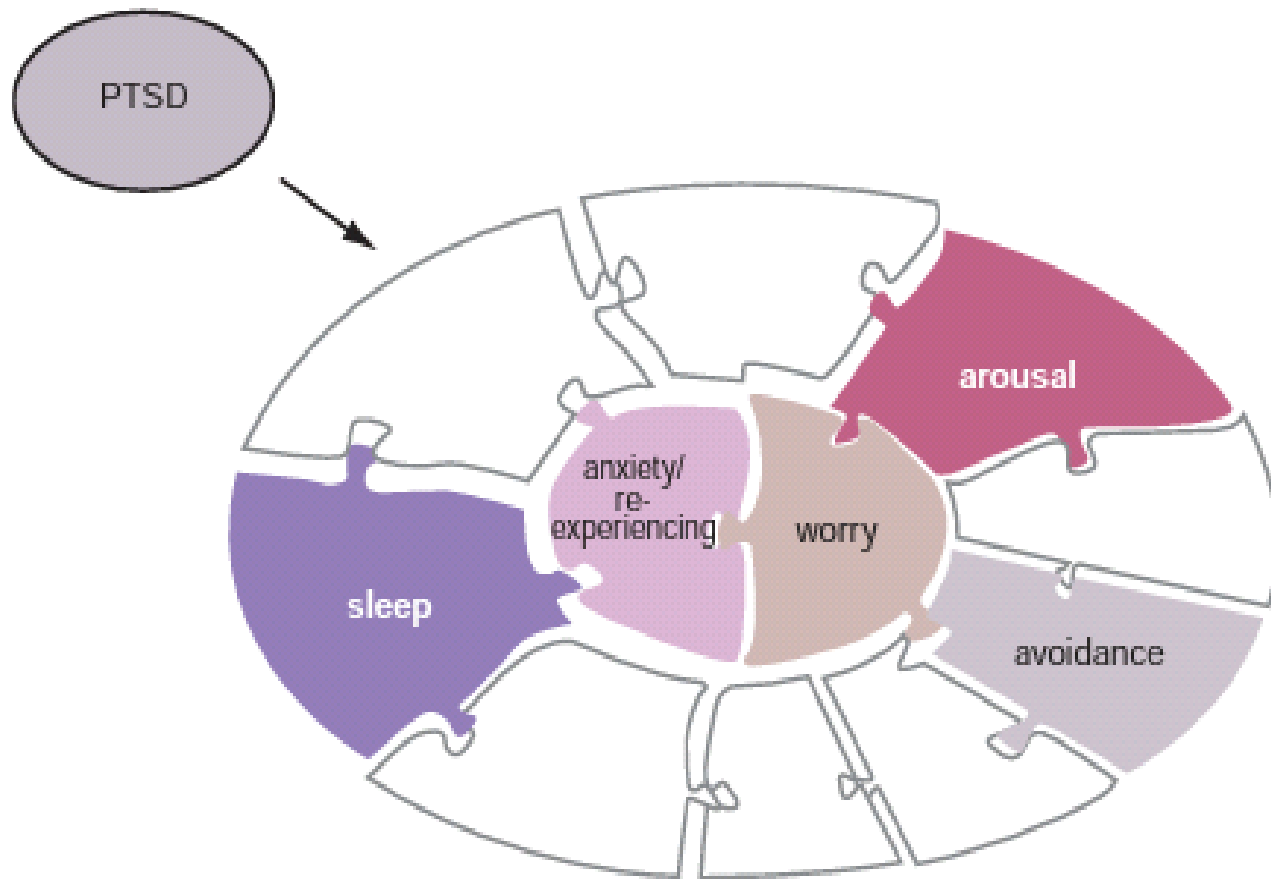
fear conditioning



new learning →
← renewal forgetting



Presentación Clínica



Presentación clínica

Síntomas de evitación

Cognitivo/ Emocional

Aumento en la reactividad

Revivencias

Sintomas de la evitación

Evitar actividades relacionadas al evento estresor

Aplanamiento afectivo

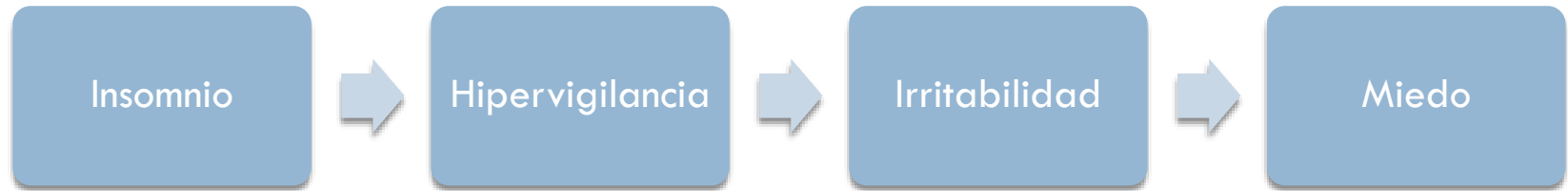
Despersonalización

Amnesia

Pensamientos
catastróficos

Desrealización

Aumento en la Reactividad



Revivencias



Criterios Diagnósticos DSM-5

Criterio A. Exposición a la muerte, lesión grave, o violencia sexual, ya sea real o amenaza en una o más de las siguientes:

- a. Experiencia directa.
- b. Presencia de sucesos ocurridos.
- c. Conocimiento del suceso ocurrido a alguien cercano.
- d. Trauma repetido.

Criterio B. Síntomas Intrusivos:

- a. Recuerdos angustiantes recurrentes. En niños juegos repetitivos del suceso.
- b. Sueños angustiantes/ Pesadillas
- c. Reacciones Disociativas
- d. Malestar Intenso a la Asociación de estímulos relacionados.
- e. Reacciones fisiológicas intensas ante estímulos relacionados.

Criterio C. Evitación Persistente

Criterios Diagnósticos DSM-5

□ Criterio D. Alteraciones cognitivas y de Afecto Negativas.

- a. Incapacidad de recordar suceso específico.
- b. Creencias negativas y exageradas sobre uno mismo y los demás
- c. Percepción distorsionada de las causas del suceso
- d. Estado emocional negativo Persistente
- e. Disminución del Interés o participación en actividades significativas.
- f. Desapego o extrañamiento de los demás.
- g. Incapacidad de experimentar emociones positivas.

Criterio E. Alteración importante de la reactividad y el estado de alerta.

- a. Arrebatos de ira o agresividad
- b. Comportamiento imprudente o autodestructivo
- c. Hipervigilancia
- d. Respuesta de sobresalto exagerada
- e. Problemas de Concentración
- f. Alteraciones en el sueño.

Criterios Diagnósticos DSM-5

Criterio F. Duración de criterios B, C, D, E más de un mes

Criterio G. No se debe al uso o abstinencia de alguna sustancia.

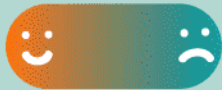
Criterio H. No se debe a una enfermedad Médica.

□ Especificadores:

- Con reacción retardada: Cuando los Síntomas se presentan 6 meses después del suceso.
- Con síntomas Disociativos: Desrealización/ Despersonalización.

PTSD Diagnostic Criteria

Negative Alterations in Mood



Alterations in Arousal or Reactivity



Duration



Avoidance



Functional Significance



Intrusion



Stressor



Exclusion



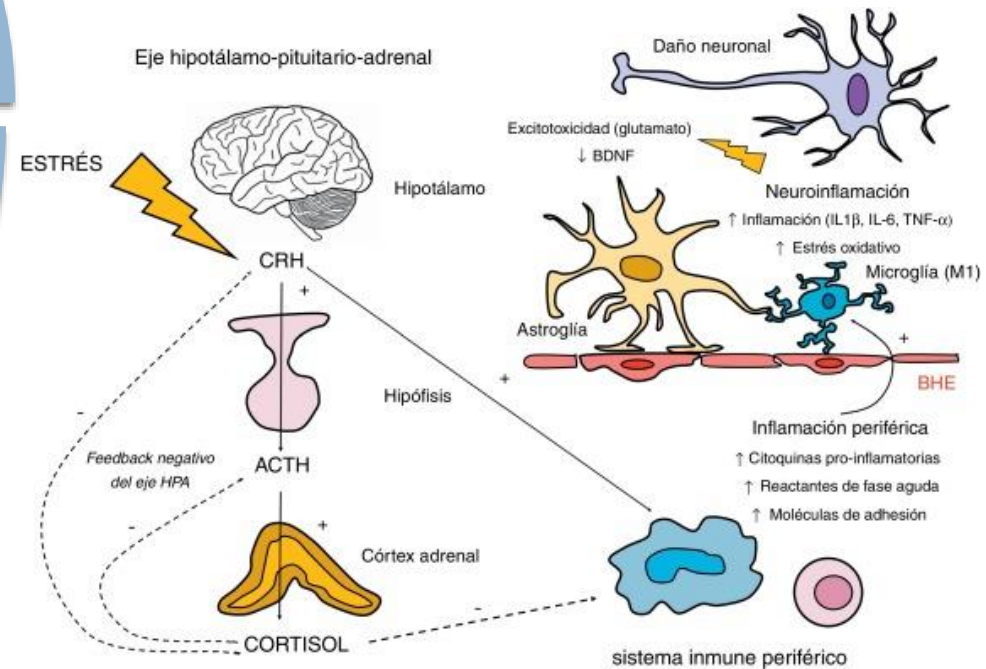
Cognitivo conductual

Mecanismos de afrontamiento (Resiliencia)

Alternancia entre advertencia de estresor y bloqueo

Aprendizaje instrumentado:
Respuesta de miedo sin el estímulo condicionante

Condicionamiento clásico = EVITACIÓN



Criterios TEPT en niños < 6 años.

Criterio A. Exposición a la muerte, lesión grave, o violencia sexual, ya sea real o amenaza en una o mas de las siguientes:

- a. Experiencia directa.
- b. Presencia de sucesos ocurridos.
- c. Conocimiento del suceso a padres o cuidadores.

Criterio B. Síntomas Intrusivos.

- a. Recuerdos angustiantes recurrentes. En niños juegos repetitivos del suceso.
- b. Sueños angustiantes/ Pesadillas
- c. Reacciones Disociativos
- d. Malestar Intenso a la Asociación de estímulos relacionados.
- e. Reacciones fisiológicas intensas ante estímulos relacionados.

Criterio C. Evitación Persistente/ Alteraciones cognitivas.

- a. Estados emocionales negativos
- b. Disminuye participación en actividades (juego)
- c. Socialmente retraído
- d. Disminución en emociones positivas.

Criterios TEPT en niños < 6 años.

Criterio D. Alteración importante de la reactividad y el estado de alerta.

- a. Arrebatos de ira o agresividad
- b. Comportamiento imprudente o autodestructivo
- c. Hipervigilancia
- d. Respuesta de sobresalto exagerada
- e. Problemas de Concentración
- f. Alteraciones en el sueño.

Criterio F. Duración de criterios B, C, D, E más de un mes

Criterio G. No se debe al uso o abstinencia de alguna sustancia.

Criterio H. No se debe a una enfermedad Médica.

□ Especificadores:

- Con reacción retardada: Cuando los Síntomas se presentan 6 meses después del suceso.
- Con síntomas Disociativos: Desrealización/ Despersonalización.

Signs of PTSD in Children Following a Trauma



Loss of appetite



Difficulty concentrating



Isolation



Nightmares



Fearfulness



Drug use



PTSD Treatments and Therapies



Psychotherapy



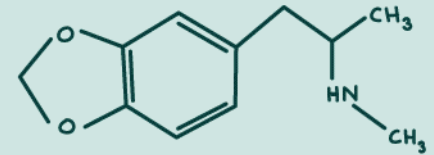
**Alternative treatments
(yoga and acupuncture)**



Virtual reality exposure



Medication



MDMA-assisted therapy



TRASTORNOS OBSESIVOS COMPUSIVOS



Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Está representado por un grupo diverso de síntomas que consisten en pensamientos intrusivos, rituales, preocupaciones y compulsiones.

Paciente con TOC

- Es consciente de la irracionalidad de la obsesión
- Experimenta la obsesión y la compulsión como egodistónicas (conducta no deseada).

Obsesión

Pensamiento, sentimiento, idea o sensación recurrentes e intrusivos

Acontecimiento mental

Compulsión

Conducta consciente, estandarizada y recurrente

Ej.: contar, verificar o evitar

Desordenes relacionados

Desorden dismórfico corporal

Desorden de acaparamiento

Tricotilomania

Escoriaciones de piel.

Epidemiología

Prevalencia a lo largo de la vida en la población general → 2-3%

Algunos investigadores han estimado que el trastorno se observa hasta en el 10% de los pacientes ambulatorios en las clínicas psiquiátricas

Cuarto diagnóstico psiquiátrico más frecuente

Probabilidad de afectación en varones y mujeres

- Adulto → igual
- Adolescentes → mayor frecuencia en varones

Edad media de inicio se aproxima a los 20 años, menos del 15% comienzan después de los 35 años

Comorbilidad

Los individuos con TOC a menudo presentan otros trastornos mentales.

67% Depresión mayor

25% fobia social

5-7% Síndrome de Tourette (20% al 30% en los que tienen, además, antecedentes de tics)

Relacionados con el consumo de alcohol

Trastorno de ansiedad generalizada

Fobia específica

Trastornos de pánico

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos de la personalidad

TOC → semejanza superficial con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva
Preocupación obsesiva por los detalles, el perfeccionismo y otros rasgos similares de la personalidad.

Factores biológicos

Etiología

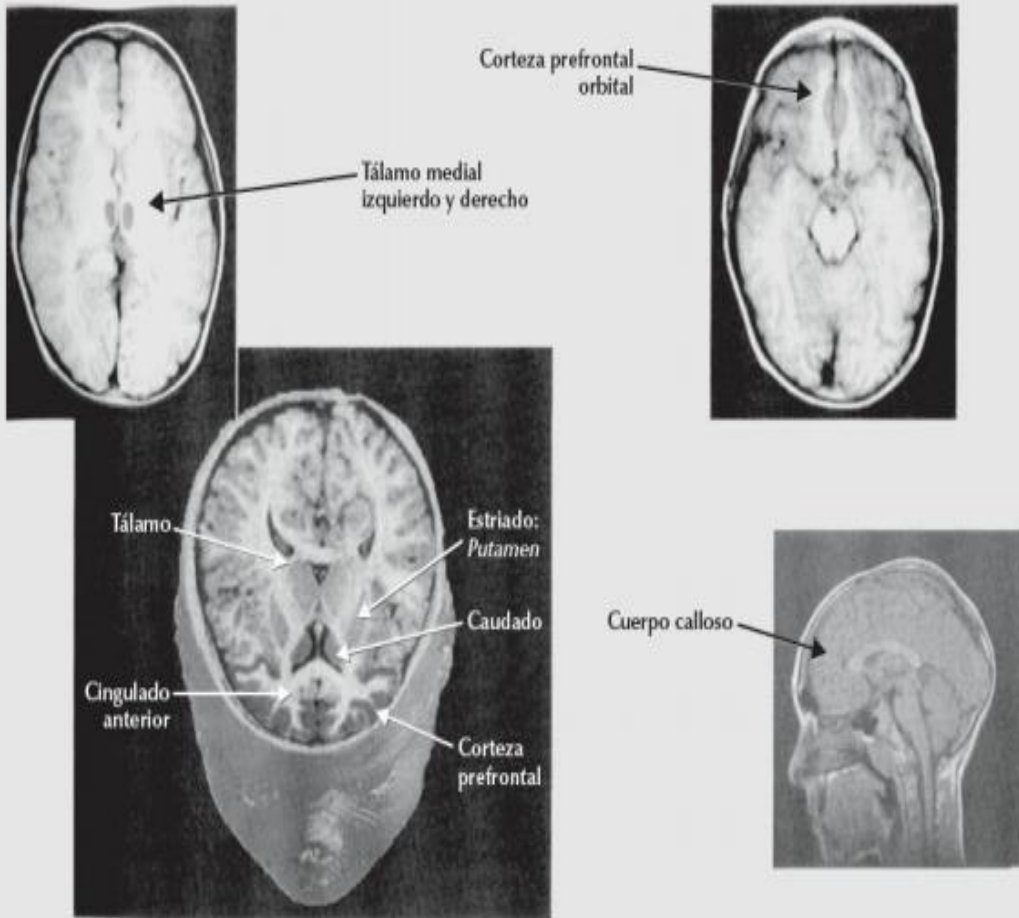
Factores psicosociales

Factores conductuales

Etiología →

Factores biológicos

Neurotransmisores



Estudios de neuroimagen

Alteración de la función de los neurocircuitos entre la corteza orbitofrontal, el caudado y el tálamo.

Diversos estudios funcionales con neuroimagen [PET]) han demostrado un aumento de la actividad en los lóbulos frontales, los ganglios basales (caudado) y la circunvolución cingulada en pacientes con TOC.

Etiología →

Factores conductuales

Obsesiones → son estímulos condicionados



Un estímulo relativamente neutro se asocia al miedo o a la ansiedad mediante un proceso de condicionamiento de la respuesta al emparejarse con acontecimientos que son nocivos o producen ansiedad.



Pensamientos previamente neutros se convierten en estímulos condicionados capaces de provocar ansiedad o malestar

Compulsiones



Individuo descubre que cierta acción reduce la ansiedad vinculada con un pensamiento obsesivo



Desarrolla estrategias activas de evitación en forma de compulsiones o conductas rituales para controlarla → reduce la ansiedad → se fijan como patrones aprendidos de conductas compulsivas

Etiología →

Factores psicosociales

Factores de personalidad

- El TOC difiere del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, que se asocia con una preocupación obsesiva por los detalles, el perfeccionismo y otros rasgos similares de la personalidad.
- Solo del 15% al 35% de los pacientes con TOC presentan rasgos obsesivos premórbidos.

Factores psicodinámicos

- Factores estresantes ambientales, en especial los relacionados con la gestación, el nacimiento o el cuidado de los hijos.
- Beneficios secundarios (por los cuales conservar sus síntomas)
- Relaciones interpersonales

Cuadro clínico → síntomas

Obsesión	Compulsión
Preocupación o disgusto con los desechos o secreciones humanas, suciedad, microorganismos, tóxicos ambientales.	Lavado de manos, ducha, baño, cepillado dental o acicalamiento excesivos o ritualizados.
Miedo a que algo terrible pueda suceder	Rituales repetidos
Preocupación o necesidad de simetría, orden o exactitud	Comprobación de puertas, cerraduras, fogones, aparatos, frenos del coche
Escrupulosidad	Limpieza y otros rituales para impedir el contacto con contaminantes.
Número de la suerte y de la mala suerte	
Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos.	
Sonidos, palabras o música intrusivos carentes de sentido.	

Tocamiento

Ordenamiento y arreglo

Medidas para prevenir daños

Tocamiento

Recuento

Acaparamiento y colección

Miscelánea de rituales

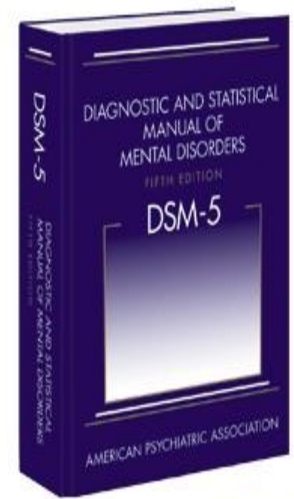
Criterios diagnósticos

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas

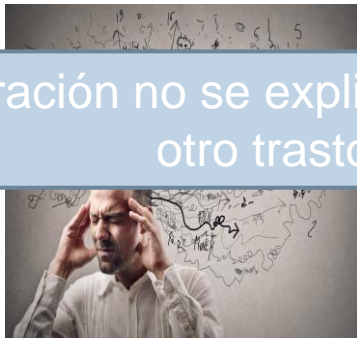
B. Las obsesiones o compulsiones ocupan mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.



DSM-5
2013



Patrones sintomáticos

Contaminación

- Obsesión de contaminación → lavado o acompañada por la evitación compulsiva de objetos presuntamente contaminados.

Duda patológica

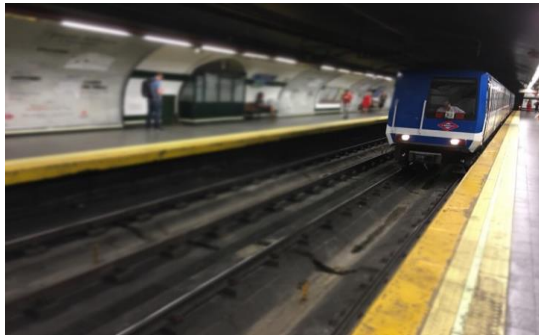
- Obsesión de la duda → comprobación

*Culpables



Pensamientos intrusivos

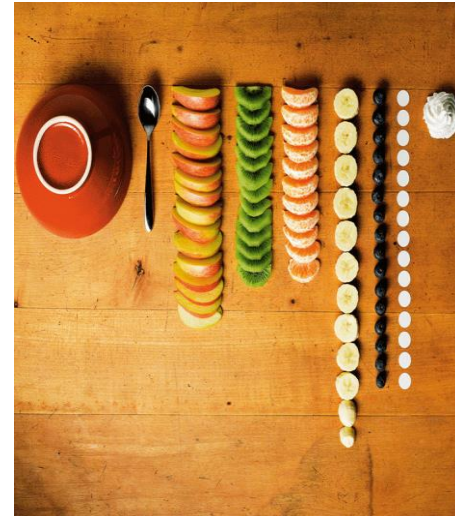
- Pensamientos obsesivos intrusivos sin una compulsión



-
Pensamientos de actos agresivos o sexuales reprobables.

Simetría

- Necesidad de simetría o perfección → lentitud



Otros patrones sintomáticos:
Obsesiones religiosas,
acaparamiento compulsivo,
tricotilomanía, onicofagia, la
masturbación.

Cuadro Clínico



Tensión antes de rascarse, alivio después

Recurren a vendajes, maquillaje, ropa para ocultarlo

15% ideación suicida

12% Intento de suicidio

Diagnóstico diferencial

Afectaciones orgánicas

Trastornos similares asociados a las enfermedades de los ganglios basales: Corea de Sydenham y de Huntington.

>30 años

Trastorno de la Tourette

90 % de los afectados tienen síntomas compulsivos
-2/3 cumplen criterios dx. TOC

-Clásica: Patrones de tics vocales y motores recurrentes

-Apremios premonitorios → obsesiones

-Tics motores complicados → compulsiones

Otras enfermedades psiquiátricas

-Trastornos de la personalidad obsesiva-compulsiva

-Psicosis:

*Px. Con TOC reconocen la naturaleza irracional de sus síntomas

*Enfermedades psicóticas tienen diversos rasgos no compatibles con TOC

-Depresión

Evolución y pronóstico



Buena adaptación social y laboral
Acontecimiento precipitante
Naturaleza episódica de los síntomas



Cesión a las compulsiones
Inicio durante la infancia
Compulsiones extravagantes
Necesidad de hospitalización
Trastorno de depresión mayor
Trastorno de la personalidad (esquizotípica)

Tratamiento



La medicación puede ayudarte a superar el TOC

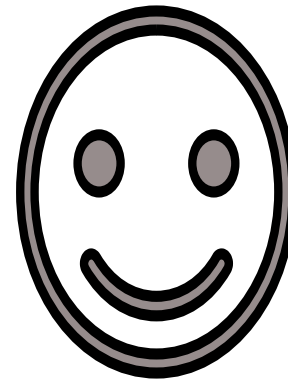
Farmacológico



Terapia
conductual



Psicoterapia



Farmacológico

ISRS
Fluvoxamina y
Fluoxetina/clorimipramina

+ Valproato, litio,
carbamazepina

Venlafaxina, pindolol,
IMAO

Buspirona, 5-
hidroxitriptamina.
Triptófano, clonazepam

Efectos iniciales: 4 a 6
semanas
Beneficio terapéutico
máximo: 8 a 16
semanas

Risperidona



Terapia conductual

- Exposición y prevención de la respuesta
- Desensibilización
- Detención de pensamientos
- Inundación
- Terapia de implosión
- Condicionamiento aversivo

Otros tratamientos

- Psicoterapia orientada a la introspección
- Terapia familiar y de grupo
- Terapia electroconvulsiva
- Psicocirugía: cingulotomía o capsulotomía

