

ataque de nervios – ataque de nervios

Authored by
memjavad

October 31, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *ataque de nervios – ataque de nervios*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2300>

Ataque de Nervios

Primary Disciplinary Field(s): Psiquiatría Transcultural, Antropología Médica, Psicología Clínica

1. Núcleo Definitorio

El **ataque de nervios** es un síndrome culturalmente delimitado (SCD) o concepto cultural de malestar, predominantemente observado en poblaciones latinas, especialmente aquellas con raíces en el Caribe (como Puerto Rico, República Dominicana, Cuba) y ciertas comunidades mediterráneas. Este fenómeno se caracteriza por un episodio agudo y dramático de intensa angustia emocional, que a menudo incluye llanto incontrolable, gritos, temblores, agitación verbal o física, y una sensación de descontrol total. Aunque comparte características superficiales con el trastorno de pánico o la reacción de estrés agudo, el ataque de nervios se distingue por su fuerte componente cultural, su reconocimiento social como una respuesta legítima a la adversidad extrema, y la inclusión frecuente de síntomas somáticos y disociativos que van más allá del marco de los trastornos de ansiedad occidentales.

A diferencia de un ataque de pánico típico, que es interno y a menudo no provocado, el ataque de nervios casi siempre ocurre como una respuesta directa e inmediata a un estresor psicosocial severo, como la muerte de un ser querido, conflictos familiares intensos, o noticias devastadoras. La persona experimenta una súbita pérdida de control que puede llevar a la autoagresión o la agresión verbal hacia otros, aunque estos actos son vistos dentro de la cultura como parte del episodio y no necesariamente como una psicopatología subyacente persistente. La duración del episodio varía, pero generalmente es autolimitada, seguida de un período de agotamiento y, a veces, amnesia parcial del evento.

La inclusión del ataque de nervios en glosarios diagnósticos internacionales, como el [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales \(DSM-5\)](#), subraya su importancia como manifestación de malestar que no puede ser completamente capturada por categorías diagnósticas estándar. Es crucial para los clínicos comprender que este no es simplemente un sinónimo de un trastorno de ansiedad, sino una forma culturalmente moldeada de expresar dolor, desesperación o ira, que tiene implicaciones específicas para el manejo y la intervención. La naturaleza pública y dramática del ataque de nervios a menudo facilita la atención y el apoyo de la red social inmediata, cumpliendo una función comunicativa dentro del contexto familiar y comunitario.

2. Etimología y Evolución Histórica

El término "ataque de nervios" es descriptivo y se ha utilizado vernáculamente durante siglos en las culturas hispanohablantes para referirse a colapsos emocionales extremos. Su reconocimiento formal dentro de la psiquiatría y la antropología médica se consolidó a partir de la segunda mitad

del siglo XX, cuando los estudios transculturales comenzaron a documentar patrones de malestar que desafiaban las clasificaciones eurocéntricas. Inicialmente, estos síndromes fueron a menudo patologizados o reducidos a histeria o somatización, pero la investigación posterior, liderada por antropólogos como Guarnaccia y psiquiatras culturales, demostró su coherencia interna y su funcionalidad cultural específica.

Durante la década de 1980, con el aumento de la conciencia sobre la diversidad cultural en la salud mental, el ataque de nervios fue identificado como un síndrome clave en estudios epidemiológicos realizados en comunidades latinas de Estados Unidos. Estos estudios destacaron que la prevalencia del fenómeno era significativamente alta en estas poblaciones y que las personas que lo experimentaban a menudo no cumplían con los criterios completos para el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada. Esta evidencia impulsó su inclusión formal en el Apéndice I del DSM-IV (1994) como un "Síndrome Delimitado por la Cultura", y posteriormente en el [DSM-5](#) (2013) como un "Concepto Cultural de Malestar" (CCD), reconociendo que la experiencia de angustia es filtrada a través de lentes culturales.

La evolución del concepto ha pasado de ser visto como una manifestación exótica o desviada a ser entendido como una forma válida de comunicación de sufrimiento en un contexto donde la expresión abierta de emociones intensas puede ser más aceptada que en las culturas occidentales dominantes. Esta trayectoria refleja un cambio paradigmático en la psiquiatría, que ahora busca integrar las narrativas culturales del paciente en el proceso diagnóstico, reconociendo la interacción dinámica entre la biología, la psicología y el entorno sociocultural en la manifestación de la enfermedad mental.

3. Manifestaciones Clínicas y Fenomenológicas

Las manifestaciones del **ataque de nervios** son variadas y a menudo involucran una mezcla de síntomas emocionales, somáticos y disociativos. El inicio suele ser abrupto y catastrófico. Los síntomas emocionales primarios incluyen el llanto profuso, gritos (a menudo ininteligibles o expresando desesperación), y sentimientos intensos de rabia o pena incontrolable. Esta explosión emocional se acompaña frecuentemente de síntomas motores, como temblores generalizados, movimientos corporales erráticos, y en ocasiones, colapso físico o desmayo.

Los síntomas somáticos que diferencian este síndrome de la ansiedad pura incluyen sensaciones de calor o ardor en el pecho y la cabeza, palpitaciones, hiperventilación, y una sensación de entumecimiento o parálisis (parálisis histérica o *pasmo*). Un componente central es el sentimiento de estar "fuera de control" o la sensación de que se va a enloquecer, lo que lleva a la persona a temer por su salud mental. En algunos casos, se observan síntomas disociativos, como la despersonalización o la desrealización, donde la persona siente que está observando el evento desde fuera o que el entorno no es real.

Es fundamental destacar la diferencia en la interpretación de la agresión. Durante un ataque de nervios, la persona puede volverse destructiva, lanzar objetos o incluso amenazar con autolesionarse. Sin embargo, este comportamiento es típicamente interpretado por la familia y la comunidad no como un intento suicida genuino o un brote psicótico, sino como una descarga extrema de tensión acumulada. La intensidad del episodio es directamente proporcional a la gravedad percibida del estresor desencadenante, sirviendo como una válvula de escape reconocida socialmente para situaciones de estrés crónico o crisis familiares insostenibles.

4. Contexto Sociocultural y Prevalencia

La prevalencia del **ataque de nervios** es significativamente más alta entre mujeres, especialmente aquellas que enfrentan roles tradicionales de cuidadoras o que están sometidas a altos niveles de estrés interpersonal y económico dentro de estructuras familiares rígidas. El fenómeno es particularmente común en comunidades puertorriqueñas, donde la expresión dramática del sufrimiento puede ser una forma aceptada de solicitar ayuda o renegociar las cargas sociales dentro del sistema familiar.

Desde una perspectiva antropológica, el ataque de nervios puede interpretarse como un "idioma de malestar". En culturas donde la expresión de la ira o el conflicto abierto puede estar reprimida, el ataque ofrece un mecanismo indirecto para comunicar la necesidad, el dolor o la frustración, sin que el individuo sea culpado por el conflicto en sí. La naturaleza pública del ataque asegura que la red de apoyo social (familia, vecinos) intervenga inmediatamente, proporcionando consuelo y, a menudo, resolviendo o mitigando la fuente del estrés.

La migración y el estrés aculturativo también han demostrado ser factores importantes. Los estudios indican que las personas latinas que viven en entornos donde su cultura es minoritaria pueden experimentar el ataque de nervios con mayor frecuencia, ya que el choque cultural y las presiones socioeconómicas exacerbaban el estrés subyacente. En estos contextos, el ataque de nervios no solo comunica el sufrimiento personal, sino también la dificultad de adaptarse a un nuevo entorno social o la pérdida de las estructuras de apoyo tradicionales.

5. Diagnóstico Diferencial

El desafío diagnóstico del **ataque de nervios** radica en diferenciarlo de los trastornos de ansiedad y afectivos reconocidos universalmente. Clínicamente, debe distinguirse del **Trastorno de Pánico**. Mientras que ambos implican síntomas somáticos intensos (palpitaciones, dificultad para respirar), el ataque de pánico es típicamente inesperado y focalizado en el miedo a morir o a volverse loco, careciendo del componente de agresión o disociación dramática y del claro estresor interpersonal que caracteriza al ataque de nervios.

También es vital distinguirlo de la **Histeria** o el **Trastorno de Conversión**. Aunque el ataque de

nervios puede incluir síntomas somáticos (como la parálisis transitoria), su núcleo es predominantemente emocional y conductual, mientras que el trastorno de conversión se centra en déficits neurológicos o sensoriales no explicados médicamente. Además, el ataque de nervios debe diferenciarse de episodios psicóticos agudos, ya que, a pesar de la pérdida de control, generalmente no hay evidencia de alucinaciones o delirios persistentes, y la persona recupera rápidamente el contacto con la realidad tras el fin del episodio.

Finalmente, la distinción más crucial es la contextual. Para un diagnóstico preciso, el clínico debe considerar si la presentación de la angustia es coherente con las expectativas culturales del paciente. Un ataque de nervios es un diagnóstico culturalmente válido; diagnosticarlo simplemente como un trastorno de pánico en un individuo latino puede resultar en un tratamiento ineficaz, ya que no aborda las dinámicas interpersonales y sociales que subyacen al colapso. El [DSM-5](#) recomienda que los clínicos evalúen la presentación del malestar dentro del contexto de los conceptos culturales de angustia para evitar malentendidos diagnósticos y terapéuticos.

6. Etiología y Factores de Riesgo

La etiología del **ataque de nervios** es multifactorial, integrando factores biológicos, psicológicos y, crucialmente, socioculturales. A nivel psicológico, se asocia a menudo con estilos de afrontamiento que implican la supresión crónica de la ira o la frustración, especialmente en contextos familiares donde se espera que las mujeres mantengan la armonía a toda costa. La represión de estas emociones conduce a una acumulación de tensión que se libera explosivamente ante el estresor final.

Los factores de riesgo más significativos son de naturaleza psicosocial. El riesgo aumenta en individuos que han experimentado traumas recientes o históricos, duelos no resueltos, pobreza extrema, o conflictos maritales o familiares crónicos. La pérdida de un rol social o el fracaso en cumplir con las expectativas familiares (por ejemplo, el cuidado de los padres ancianos) también pueden precipitar el episodio. En esencia, el ataque de nervios es una respuesta a la sensación de ser abrumado por responsabilidades o circunstancias que superan la capacidad percibida de afrontamiento del individuo.

Aunque la neurobiología específica del ataque de nervios no está tan detallada como la del trastorno de pánico, se presume que existe una activación intensa del sistema nervioso autónomo durante el episodio, similar a la respuesta de lucha o huida, exacerbada por la interpretación cultural de la amenaza. La vulnerabilidad biológica a la ansiedad o la somatización puede interactuar con el entorno cultural, donde la somatización del estrés es una forma más aceptable de manifestar el malestar que la expresión directa de un trastorno mental.

7. Manejo y Tratamiento

El manejo agudo del **ataque de nervios** requiere una intervención sensible al contexto cultural. Durante el episodio, el objetivo principal es restablecer la sensación de control y seguridad. Esto a menudo se logra mediante la participación activa de la familia o la red de apoyo, que debe proporcionar consuelo físico y verbal. A diferencia del manejo de un ataque de pánico occidental (donde a menudo se recomienda el aislamiento para reducir la estimulación), en el contexto del ataque de nervios, la presencia de la familia es terapéutica y esencial, ya que valida el sufrimiento del individuo.

El tratamiento a largo plazo debe abordar los estresores psicosociales subyacentes. La terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ser útil para desarrollar habilidades de afrontamiento y reestructurar pensamientos catastróficos, pero debe adaptarse para ser culturalmente competente. Un enfoque más eficaz suele ser la terapia familiar o la terapia sistémica, que se centran en resolver los conflictos interpersonales que actúan como desencadenantes crónicos y en renegociar los roles y las responsabilidades dentro de la unidad familiar.

El uso de psicofármacos (como ansiolíticos o antidepresivos) puede ser apropiado si el ataque de nervios coexiste con un trastorno mental diagnosticable (como depresión mayor o trastorno de ansiedad), pero la medicación por sí sola rara vez es suficiente. El tratamiento debe priorizar la validación cultural de la experiencia del paciente y la movilización de los recursos comunitarios y familiares, reconociendo que la curación pasa tanto por la resolución de los conflictos sociales como por la intervención psicológica individual.

8. Implicaciones y Legado

El estudio y reconocimiento del **ataque de nervios** han tenido profundas implicaciones para la psiquiatría transcultural y la práctica clínica global. Este concepto sirvió como uno de los ejemplos más citados de la necesidad de despatologizar las respuestas culturales al sufrimiento y de desarrollar modelos diagnósticos que sean sensibles a la diversidad humana. Su inclusión en el DSM impulsó el desarrollo de la Entrevista de Formulación Cultural (CFI), una herramienta diseñada para ayudar a los clínicos a entender cómo la cultura moldea la experiencia, la expresión y el significado del malestar de un individuo.

El legado del ataque de nervios reside en su capacidad para demostrar que la salud mental no es una entidad monolítica, sino una interacción compleja entre el individuo y su nicho ecológico y social. Ha forzado a los profesionales de la salud mental a cuestionar la universalidad de las categorías diagnósticas occidentales y a reconocer que lo que parece un comportamiento patológico en un contexto puede ser una forma adaptativa de comunicación en otro. Esto ha mejorado la calidad de la atención para las poblaciones minoritarias al fomentar la competencia cultural y reducir el riesgo de sesgos diagnósticos.

En la actualidad, el concepto sigue siendo un foco de investigación, especialmente en el contexto de las diásporas latinas. Los estudios continúan explorando cómo la aculturación y el estrés migratorio modifican la presentación y la frecuencia del ataque de nervios, asegurando que el tratamiento se mantenga relevante y efectivo para las comunidades que lo experimentan. Su existencia valida la necesidad de un enfoque holístico que integre el conocimiento antropológico con la ciencia clínica para proporcionar una atención de salud mental verdaderamente equitativa.

9. Lecturas Adicionales

[Ataque de nervios - Wikipedia](#)

[American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders \(DSM-5\).](#)

Guarnaccia, P. J., De La Cancela, V., & Carrillo, E. (1989). The Multiple Meanings of Ataque de Nervios in the Puerto Rican Community. *Social Science & Medicine*.

Lewis-Fernández, R., & Díaz, N. (2018). Ataque de nervios: Culture-bound syndrome, panic, or both? *Transcultural Psychiatry*.