

# Trastorno de angustia con agorafobia

Flor Barral  
Carmen Marrero  
Laura Nosti



# **INTRODUCCIÓN A LA ENFERMEDAD**



# INTRODUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD

- Definición:
  - Es un trastorno de ansiedad en el cual hay ataques repetitivos de miedo y ansiedad intensos, al igual que miedo a estar en lugares en donde podría ser difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda.

## ● Síntomas:

- Las crisis de angustia implican períodos cortos de síntomas de ansiedad intensa que alcanzan su punto máximo al cabo de 10 minutos.

- Molestia o dolor torácico
- Asfixia
- Mareo o desmayo
- Miedo a estar fuera de control
- Miedo a morir
- Miedo a "enloquecer"
- Calores o escalofríos
- Náuseas u otro malestar estomacal
- Entumecimiento u hormigueo
- Corazón acelerado
- Dificultad para respirar
- Sudoración
- Temblor

- Se considera que se presenta agorafobia cuando se evitan lugares o situaciones. Las personas con esta fobia generalmente no se sienten seguros en lugares públicos y su miedo es peor cuando el lugar está abarrotado de personas.

- Permanecer confinado en el hogar por períodos prolongados
- Dependencia de otros
- Miedo a estar solo
- Miedo a estar en lugares donde el escape podría ser difícil
- Miedo a perder el control en un lugar público
- Ansiedad causada por estar en lugares donde el escape puede ser difícil
- Miedo a la separación o distanciamiento de los demás
- Sentimientos de desesperanza
- Sensación de que el cuerpo es irreal
- Sensación de que el ambiente es irreal
- Temperamento o agitación inusuales

# **PSICOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD**



# CAUSAS E INCIDENCIA

- **Causas:** Se desconocen las causas exactas del trastorno de angustia y agorafobia.
- **Incidencia:** Debido a que las crisis de angustia a menudo ocurren en áreas o situaciones donde han sucedido en el pasado, el pánico o angustia puede ser un comportamiento aprendido. La agorafobia algunas veces ocurre cuando una persona ha tenido una crisis de angustia y comienza a tener miedo de situaciones que podrían llevar a otra crisis.

# FACTORES DE RIESGO

- **Factores de riesgo:**
  - Cualquier persona.
  - Comienza alrededor de los 25 años.
  - Es más común en mujeres que en hombres.

# COMORBILIDAD

- Trastorno de pánico con agorafobia: El 64.8 % con trastorno de pánico sufrían agorafobia en diversos niveles de gravedad.
- Trastorno de pánico y depresión mayor: El 25 % de los casos hay solapamiento.
- Trastorno de pánico y alcoholismo: El 27 % de los pacientes con trastorno de angustia tenía historia de abuso de alcohol.
- Trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada: La tasa de comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada es del 51.9 %.
- Trastorno de pánico y fobia social :En este trastorno de pánico la tasa global de comorbilidad con la fobia social es del 26.3 %.

# **LA ENFERMEDAD SEGÚN EL DSM IV-TR**



# DSM IV-TR

- **A.** Se cumplen 1 y 2:
- **1.** Crisis de angustia inesperadas recidivantes
- **2.** Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) con los siguientes síntomas:
- **(a)** inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
- **(b)** preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p.ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
- **(c)** cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

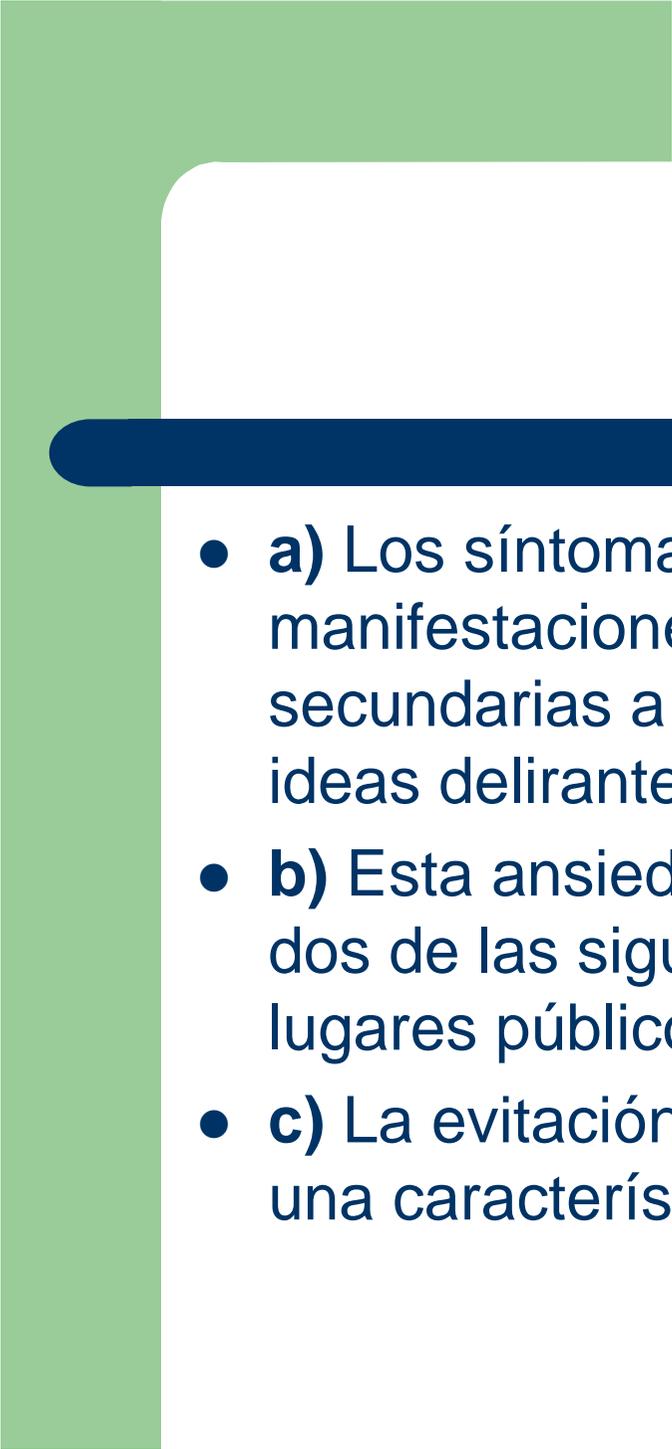
# DSM IV-TR

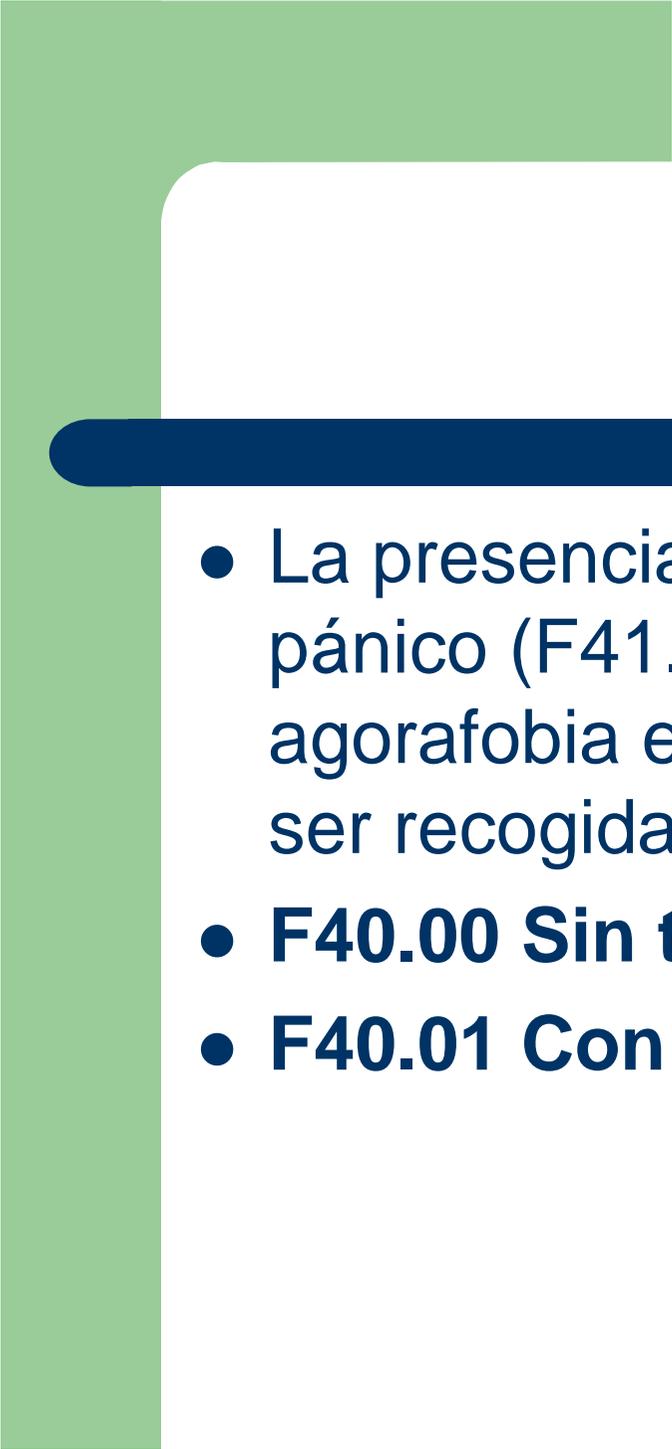
- **B.** Presencia de agorafobia.
- **C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- **D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático...



# **LA ENFERMEDAD SEGÚN LA CIE-10**



- 
- 
- **a)** Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
  - **b)** Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
  - **c)** La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

- 
- 
- La presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida mediante un quinto carácter:
  - **F40.00 Sin trastorno de pánico**
  - **F40.01 Con trastorno de pánico**

**SIMILITUDES Y DIFERENCIAS SEGÚN  
EL DSM IV-TR  
Y LA CIE-10**



# SIMILITUDES

- Cambio en el comportamiento de la persona.
- Presencia de agorafobia.
- Las crisis de angustia no se explican por otros síntomas (psicológicos o vegetativos) sino que son manifestaciones primarias de ansiedad.

# DIFERENCIAS

- Según el DSM-IV las crisis son inesperadas.
- Según el DSM-IV las crisis no se producen debido al consumo de alguna sustancia.
- En el CIE 10 nos habla de la agorafobia con o sin trastorno de pánico, mientras que en el DSM-IV nos dicen que existe el trastorno de pánico con o sin agorafobia.

# CASO CLÍNICO



# EXPLICACIÓN DEL CASO Y PRIMERA ENTREVISTA

- Mujer, 31 años.
- Acude a consulta tras haber sufrido 3 crisis de angustia, en el metro, en un centro comercial y en la cola para entrar a un concierto respectivamente en el último mes.
- Tiene miedo a que se le produzca otra crisis.
- No sale de casa por miedo a la crisis:
- Dice “sentirse a salvo en casa

# EVALUACIÓN

- Pruebas realizadas:
  - ISRA:
    - FI: ansiedad ante la evaluación. PC 80
    - FII: ansiedad en relaciones interpersonales. PC 65
    - FIII: ansiedad fóbica. PC 95
    - FIV: ansiedad generalizada. PC 87
    - A. Cognitiva: PC 89
    - A. Fisiológica: PC 83
    - A. Motora: PC 65
    - A. Total: PC 80

# EVALUACIÓN

- STAI:
  - A. Estado: PC 75
  - A. Rasgo: PC 89
- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:
  - Depresión mínima: PC 7
- MMPI II:
  - Ansiedad
  - Conducta antisocial
  - Malestar social
  - Interferencia laboral

# CLASIFICACIÓN DSM IV-TR

- **A.** Se cumplen 1 y 2:
- **1.** Crisis de angustia inesperadas recidivantes
- **2.** Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) con los siguientes síntomas:
  - **(a)** Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
  - **(b)** Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
  - **(c)** Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

# CLASIFICACIÓN DSM IV-TR

- **B.** Presencia de agorafobia.
- **C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- **D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. e.j al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej, en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej, al estar lejos de casa o de los seres queridos).

# CLASIFICACIÓN CIE-10

- **a)** Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- **b)** Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- **c)** La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.
- La presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida mediante un quinto carácter:
- **F40.00 Sin trastorno de pánico**
- **F40.01 Con trastorno de pánico**

# TRATAMIENTO

## TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO:

- Antidepresivos (IRSS).
- También, se pueden prescribir otros medicamentos ansiolíticos.
- El médico puede recomendar benzodiazepinas cuando los antidepresivos no ayuden o antes de que hagan efecto.

# TRATAMIENTO

- TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
- Aumentar la comprensión y el control de sentimientos o puntos de vista distorsionados de eventos o situaciones estresantes.
- Aprender a reconocer y reemplazar los pensamientos que causan el pánico o la angustia.
- Aprender el manejo de estrés y técnicas de relajación.
- Terapia de desensibilización sistemática y de exposición.
- Exponer al paciente gradualmente a la situación de la vida real que causa el miedo.
- Estilo de vida sano, con ejercicio, reposo suficiente y buena nutrición.

# SEGUIMIENTO

- Durante un tiempo (a determinar por el psicólogo) acudir una vez al mes a consulta.
- Más tarde, una vez cada dos meses; así hasta terminar por extinguirle al paciente la conducta de acudir al psicólogo.
- Explicar al paciente que si en algún momento tiene una recaída; llame a la consulta lo antes posible para ponerse a trabajar en ello y evitar que los daños sean mayores.