

An abstract painting on the left side of the slide, featuring vertical stripes of various colors including green, blue, red, yellow, and purple. The painting is partially obscured by the text.

TRASTORNOS FÓBICOS:

CLÍNICA

TRASTORNOS FÓBICOS

Los trastornos fóbicos se definen en base a la presencia de un miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica, que provocan un deseo imperioso a evitar dicho objeto, actividad o situación (estímulo fóbico).

La persona es capaz de reconocer que el miedo es excesivo o irracional en proporción a la peligrosidad real del objeto, actividad o situación.

Los miedos irracionales, las crisis de angustia y las conductas de evitación están presentes en las diferentes modalidades de los trastornos fóbicos.

TRASTORNOS FÓBICOS



Clasificación

TRASTORNOS FÓBICOS

Los trastornos fóbicos se dividen en tres categorías:

- 1. AGORAFOBIA**
- 2. FOBIA SOCIAL**
- 3. FOBIA ESPECÍFICA**

AGORAFOBIA



descripción clínica

AGORAFOBIA

El cuadro clínico de la agorafobia consiste en múltiples y variados temores y conductas de evitación centradas en tres temas principales:

1. Miedo a abandonar el hogar

2. Miedo a quedarse solo

3. Miedo a encontrarse lejos del hogar en situaciones en las que uno pueda encontrarse molesto, ridículo e indefenso.

(temor a sufrir síntomas desagradables en situaciones de las que no puede escapar fácilmente o conseguir ayuda con facilidad.)



AGORAFOBIA

DESCRIPCIÓN CLÍNICA:

FORMA DE INICIO: crisis de angustia, fobias, evitación de situaciones (no siempre presente)

MIEDO PREVALENTE: autobuses, trenes, metros, aviones, ante multitudes, ascensores, supermercados, hacer colas y viajes a cierta distancia del hogar.

EVOLUCIÓN: Fobias específicas, trastornos depresivos.



AGORAFOBIA



diagnóstico clínico - DSM - IV - TR

Criteria para el diagnóstico de agorafobia :

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada, más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda.

Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.



DIAGNOSTICO CLINICO - DSM - IV - TR

- B. Estas situaciones se evitan (por ej. se limita el número de viajes) por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como **fobia social** (ej. evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), **fobia específica** (por ej. evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), **trastorno obsesivo-compulsivo** (por ej. evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), **trastorno por estrés postraumático** (por ej. evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática, o **trastorno de ansiedad por separación** (por ej. evitación de abandonar el hogar o la familia).



AGORAFOBIA

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Agorafobia:

- trastornos paranoides,
- trastornos postraumáticos,
- trastornos depresivos: depresión mayor, depresión atípica.



FOBIA SOCIAL

descripción clínica

FOBIA SOCIAL

La ansiedad que se experimenta en una Fobia social debe distinguirse de la ansiedad normal y adaptativa que la mayoría de las personas sienten cuando deben actuar ante otras personas, o cuando tienen que estar con desconocidos.

Mientras que un nivel normal de ansiedad, ayuda a las personas a intentar hacer las cosas de la mejor manera posible, la Fobia Social suele causar una ansiedad y un malestar extremos y, en muchos casos, una evitación absoluta de todas las situaciones sociales.

Cuando la ansiedad ha llegado a este punto, suele causar el suficiente malestar e interferencias en el comportamiento normal de las personas, y por tanto, es considerada patológica.



FOBIA SOCIAL

La persona puede tener una fobia social limitada a una o a varias formas de presentación.

La fobia social se describe como generalizada si el miedo social se extiende a la mayoría de las situaciones sociales, en oposición al miedo circunscrito a algunas.

Es una patología más grave e incapacitante. Es de inicio más temprano y con mayor grado de comorbilidad con depresión atípica y alcoholismo. (Manuzza y cols.1995).

Cuando el paciente se ve forzado o sorprendido por la situación fóbica experimenta una profunda ansiedad que se acompaña de varios síntomas somáticos y cognitivos, y puede aparecer una crisis de angustia en respuesta a las situaciones temidas.



FOBIA SOCIAL

DESCRIPCION CLINICA:

En la fobia social el principal miedo del paciente es que pueda actuar de forma que se sienta humillado o avergonzado ante los demás.

Los sujetos con fobia social temen/evitan las situaciones en las que se les podía requerir interactuar con otras personas.

Las fobias sociales típicas: *temor a hablar, comer o escribir en público, utilizar lavabos públicos y asistir a fiestas o entrevistas.*

Su miedo es que la gente pueda detectar y ridiculizar su ansiedad en situaciones sociales.



FOBIA SOCIAL

Síntomas somáticos: ruborización

Síntomas cognitivos: autoobservación y autoevaluación negativa, infravaloración de su competencia social, y sesgo positivo para valorar la competencia social de los demás.

Esta sintomatología puede llevar al aislamiento social, a un deterioro importante de la actividad profesional e interpersonal.

El alcohol y los sedantes pueden utilizarse para aliviar el componente anticipatorio de este trastorno de ansiedad, que puede acabar en el abuso de sustancias psicoactivas.



FOBIA SOCIAL

diagnóstico clínico - DSM - IV - TR

Criterios para el diagnóstico de fobia social
(trastorno de ansiedad social)

- A. Temor acusado y persistente por una o mas situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o la posible evaluación por parte de los demás.

El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

DIAGNOSTICO CLINICO - DSM - IV - TR

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

DIAGNOSTICO CLINICO - DSM - IV - TR

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

DIAGNOSTICO CLINICO - DSM - IV - TR

- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una **sustancia** (p. ej., drogas, fármacos) o de una **enfermedad médica** y no pueden explicarse mejor por la **presencia de otro trastorno mental** (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

FOBIA SOCIAL

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Fobia social:

- trastornos de la personalidad por evitación,
- trastorno esquizoides,
- trastorno paranoide,
- agorafobia,
- trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- trastornos depresivos,
- esquizofrenia.

FOBIAS ESPECÍFICAS



descripción clínica

FOBIAS ESPECIFICAS

Las fobias específicas son miedos circunscritos a objetos, situaciones o actividad específicas. El síndrome tiene tres componentes básicos:

- 1) La **ansiedad anticipatoria** desencadenada ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico.
- 2) El **temor central**
- 3) La **conducta de evitación** mediante la que el paciente minimiza la ansiedad.



FOBIAS ESPECIFICAS

En las fobias específicas, el miedo no suele provocarlo el objeto en sí, sino las consecuencias terribles que el sujeto cree que se derivarán del contacto con el objeto.

ej. Fobia a:

- conducir, *por miedo a los accidentes*,
- las serpientes, *por miedo a ser mordido*
- los espacios cerrados (claustrofobia),
por miedo a ahogarse.



FOBIAS ESPECIFICAS



diagnóstico clínico - DSM - IV - TR

DIAGNOSTICO CLINICO - DSM - IV - TR

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de fobia específica

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

DIAGNOSTICO CLINICO - DSM - IV - TR

- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

DIAGNOSTICO CLINICO - DSM - IV - TR

- F. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica, asociados a objetos o situaciones específicos, no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un **trastorno obsesivo-compulsivo** (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por **estrés postraumático** (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), **trastorno de ansiedad por separación** (p. ej., evitación de ir a la escuela), **fobia social** (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

DIAGNOSTICO CLINICO - DSM - IV - TR

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos:

(p.ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas)

distribución de las fobias

Fobias específicas: 11,3 %

Agorafobia: 5,6 %

Fobia social: 2,7 %

GÉNERO: la fobia social es 70 % más frecuente en mujeres, y con un inicio temprano en la adolescencia.

HERENCIA: 30 – 40 %

COMORBILIDAD: depresión atípica (hipersomnias, hiperfagia, falta de energía, crisis de angustia frecuentes)

TRASTORNOS FÓBICOS



PSICOPATOLOGÍA

PSICOPATOLOGIA

PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Para la teoría del aprendizaje, la ansiedad fóbica se considera una respuesta condicionada, adquirida a través de la asociación del objeto fóbico (estímulo condicionado) con una experiencia nociva (estímulo incondicionado).

La experiencia nociva (descarga eléctrica) produce una respuesta incondicionada de miedo, dolor, malestar. Si el individuo recibe con frecuencia una descarga eléctrica cuando entra en contacto con el objeto fóbico, entonces, por un fenómeno de condicionamiento contiguo, la aparición del objeto fóbico -por sí solo- puede suscitar una respuesta de ansiedad (respuesta condicionada) .

PSICOPATOLOGIA

PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Caso del pequeño Hans (S. Freud)

En los inicios Freud proponía que las fobias no eran más que un estado emocional de ansiedad. Con la publicación en 1909 sobre el caso del pequeño Hans comenzó a desarrollar la teoría psicológica de formación de los síntomas fóbicos.

Hans era un niño de cinco años que desarrolló una fobia a los caballos. Freud a través de su seguimiento, propuso la hipótesis de que los sentimientos sexuales inconscientes y prohibidos que Hans experimentaba hacia su madre, y los sentimientos agresivos y de rivalidad hacia su padre, no se descargaban debido a la represión, transformándose en ansiedad, que se desplazaba luego a un objeto simbólico, en este caso los caballos, cuya evitación aliviaba en particular la ansiedad del pequeño Hans.

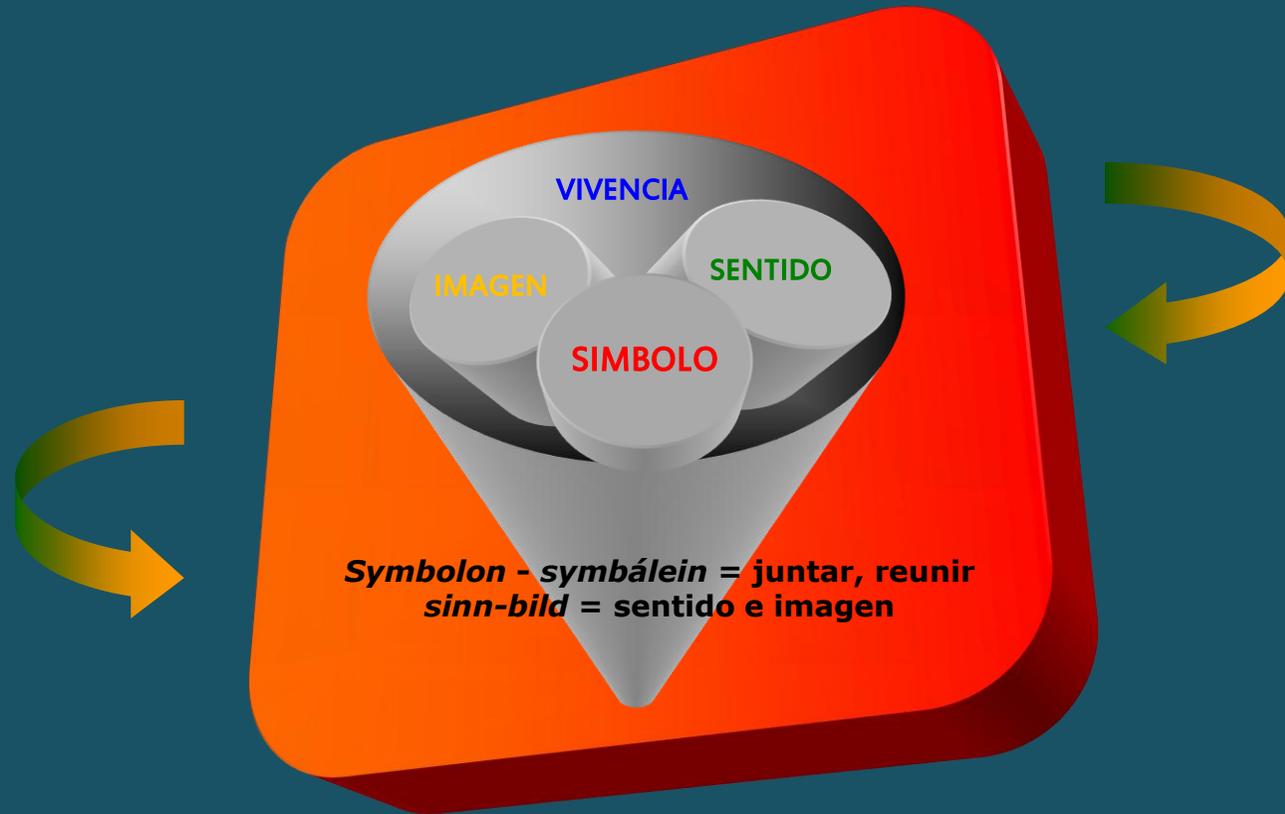
PSICOPATOLOGIA

PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Posteriormente, Freud reconceptualizó el caso del pequeño Hans, donde los sentimientos agresivos hacia su padre y el sentimiento de culpabilidad por el castigo y la castración por parte del padre ganaban en ansiedad como una señal del conflicto edípico. El conflicto se desplazó y proyectó hacia un objeto evitable, los caballos, por lo que a partir de este momento el pequeño Hans empezó a temer que estos lo mordiesen. Según Freud, este síntoma fóbico poseía dos ventajas:

- 1) Le permitía a Hans evitar la ambivalencia inherente a su conflicto original (no solo odiaba al padre sino que también lo amaba),
- 2) Que su yo cesara de generar ansiedad desde el momento que podía evitar a los caballos. El costo de este compromiso era que el pequeño Hans **estaba preso en su casa.**

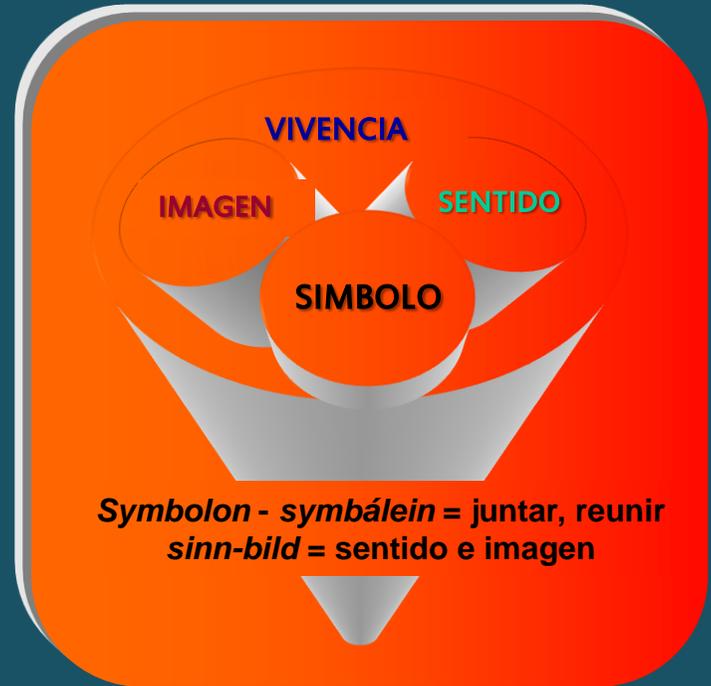
SIMBOLO = [(IMAGEN + SENTIDO) VIVENCIA]



ESTRUCTURA ESTRUCTURANTE



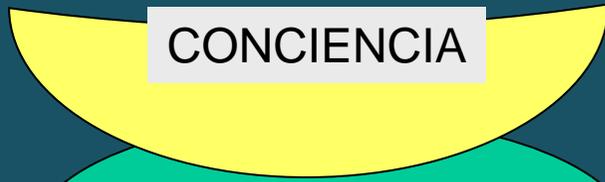
MODELO PSICODINAMICO Y ESTRUCTURAL DEL PSIQUISMO
SIMBOLOS - ARQUETIPOS - INCONSCIENTE COLECTIVO



CONDUCTA
ADECUADA

CONDUCTA
INADECUADA
SINTOMA

SIMBOLO

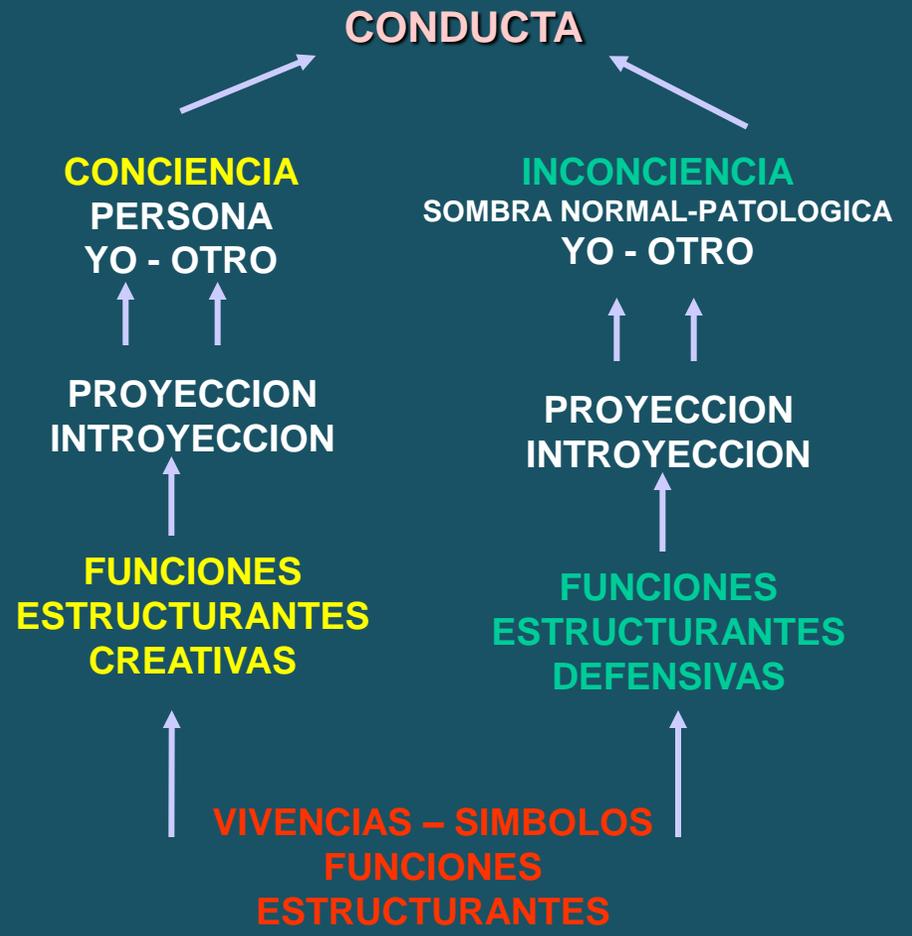


EJE



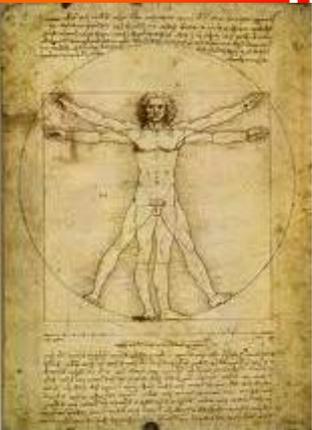
MODELO PSICOPATOLOGICO
SIMBOLO - SOMBRA - SINTOMA





MODELO PSICOPATOLOGICO

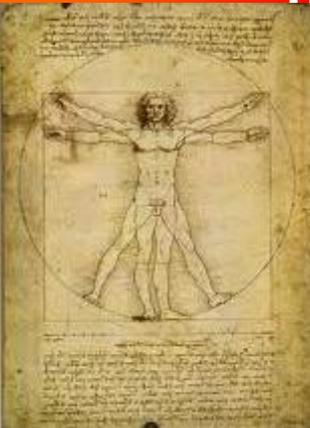
ANÁLISIS CLÍNICO



CASO CLÍNICO: PAULA

ANÁLISIS CLÍNICO

Paula es una mujer soltera, de 35 años que viene a consulta a causa de las dificultades para afrontar la muerte de su madre, que sucedió hace tres meses. Paula siempre ha vivido en la casa familiar y, desde la muerte de su padre, hace 19 años, ella y su madre mantuvieron una relación muy estrecha. Siempre ha sido muy tímida y teme que los demás puedan juzgarla negativamente, que la ridiculicen o que pueda sentirse incómoda en las relaciones sociales.



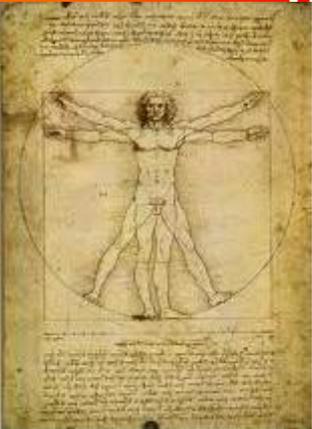
Por esta razón dependía de su madre para hacer frente a todos sus asuntos y para su vida social. Su madre siempre se ocupó de todos los problemas domésticos y de las reparaciones que debían hacerse, ayudaba a Paula a escoger su vestimenta y planificaba sus vacaciones.

Paula no ha tenido ninguna cita, y es demasiado tímida para asistir a una fiesta o a las citas a ciegas que las amigas de su madre le proponían. Nunca ha tenido una relación amorosa.

ANÁLISIS CLÍNICO

Tiene una amiga íntima a la que conoce desde hace muchísimos años y a la que describe como parecida a ella. Los fines de semana van a comprar libros de segunda mano y a ver películas. Exceptuando esta única amiga, la vida social de Paula, hasta la muerte de la madre, giraba en torno a las amigas de ésta, que solían venir a su casa a jugar a las cartas.

Paula asistió a la universidad pública y se licenció como bibliotecaria. Luego de graduada y a través de los contactos de una amiga de su madre encontró trabajo en una biblioteca pública. En la actualidad comenta que es muy infeliz con la vida que lleva y que no puede enfrentarse a las entrevistas que debe realizar para obtener otro empleo.



DIAGNÓSTICO CLÍNICO

EJE I: Fobia social, tipo generalizado - duelo

EJE II: Trastorno de la personalidad por evitación y por dependencia

EJE III: Gastritis recurrente

EJE IV: Muerte reciente de la madre



DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La ansiedad que se experimenta en una Fobia social debe distinguirse de la ansiedad normal y adaptativa que la mayoría de las personas sienten cuando deben actuar ante otras personas, o cuando tienen que estar con desconocidos.

Mientras que un nivel normal de ansiedad puede ayudar a la gente a intentar hacer las cosas lo mejor posible y ofrecer la mejor impresión a los demás, la Fobia Social puede causar una ansiedad y un malestar extremos en estas situaciones y, en muchos casos, una evitación absoluta de todas situaciones sociales.

Cuando la ansiedad llega a este punto, suele causar suficiente malestar e interferencia en el comportamiento normal de la gente para considerarla patológica. Paula siempre ha sido una persona tímida y reservada que evitaba contactos con otras personas. Sus problemas empeoraron a partir de la muerte de su madre, ya que se vio obligada a afrontar muchas situaciones sociales que antes podía evitar, y ahora se siente extremadamente sola.



DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Paula podría recibir el diagnóstico de **Fobia social** generalizada , ya que su miedo incluye casi todas las situaciones sociales. Dado que estos temores tienen un inicio temprano y han mantenido un curso estable toda su vida, también pueden afirmarse que Paula sufre un **Trastorno de personalidad por evitación**.

A veces puede ser difícil distinguir el Trastorno de Angustia con agorafobia, de la Fobia social, en aquellos individuos cuyos temores sociales van ligados a las crisis de angustia.

Por ej. si un individuo sufre la primera crisis de angustia mientras está leyendo ante otras personas, y después empieza a evitar situaciones en las que resulta necesario hablar ente grupos de gente, ¿se considera una *fobia social* (ya que la persona se siente ansiosa y evita situaciones sociales específicas), o un *trastorno de angustia* (ya que las crisis iniciales aparecieron de forma inesperada)?



DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Sólo fijándonos **en el curso del trastorno** es posible determinar qué diagnóstico sería el que mejor describiese la situación.

- Si la persona continua evitando hacer lecturas en público, pero no sufre de crisis de angustia ni se observa una evitación asociada a otras situaciones, el diagnóstico más apropiado sería el de Fobia social.
- Si la persona comienza a sufrir crisis de angustia en otras situaciones y se vuelve cada vez más propenso a evitarlas, debería considerarse el diagnóstico de Trastorno de angustia con agorafobia.



An abstract painting on the left side of the slide, featuring vertical stripes of various colors including green, blue, red, yellow, and purple. The painting is partially obscured by the text.

TRASTORNOS FÓBICOS:

TRATAMIENTO

-**Agorafobia**: tratamiento combinado de psicoterapia y farmacológico.

-**Fobia social**: tratamiento combinado psicoterapia y farmacológico:

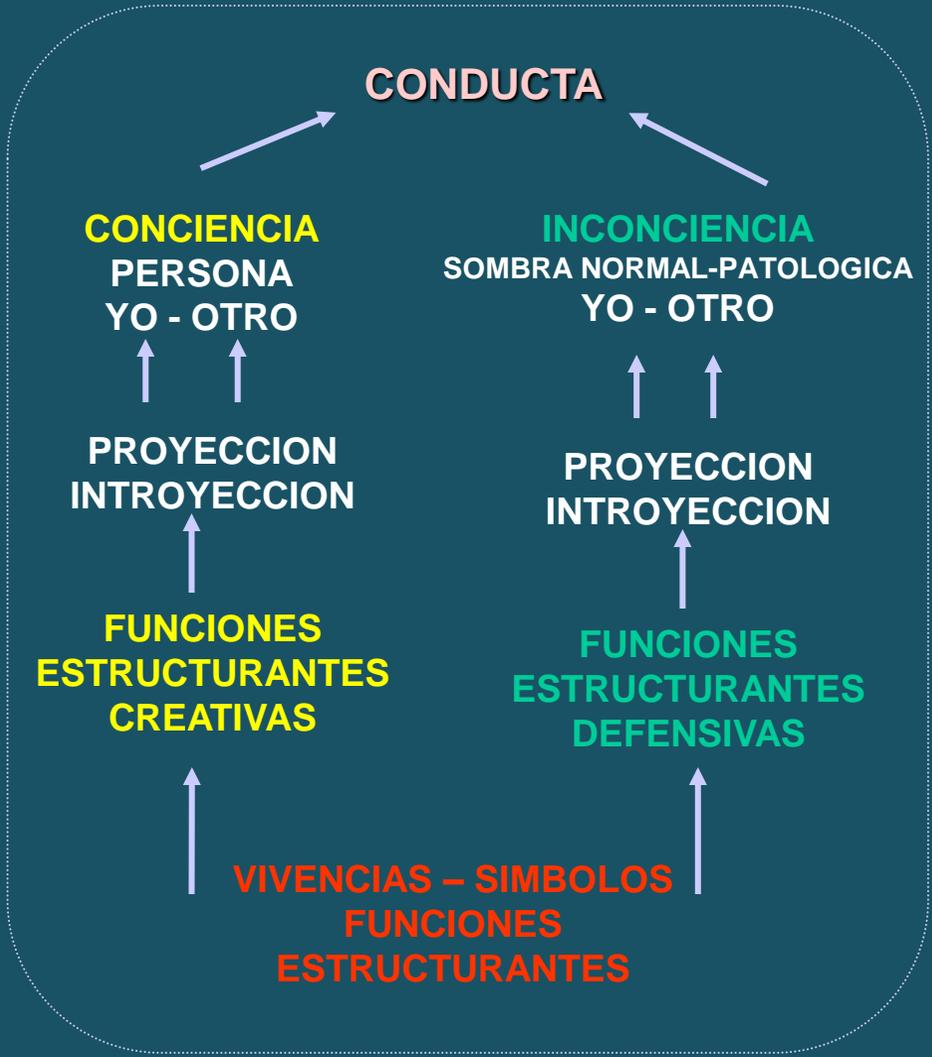
- **Antidepresivos**
- **Benzodiazepinas**
- **B-bloqueantes: síntomas neurovegetativos**

TRATAMIENTOS: PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

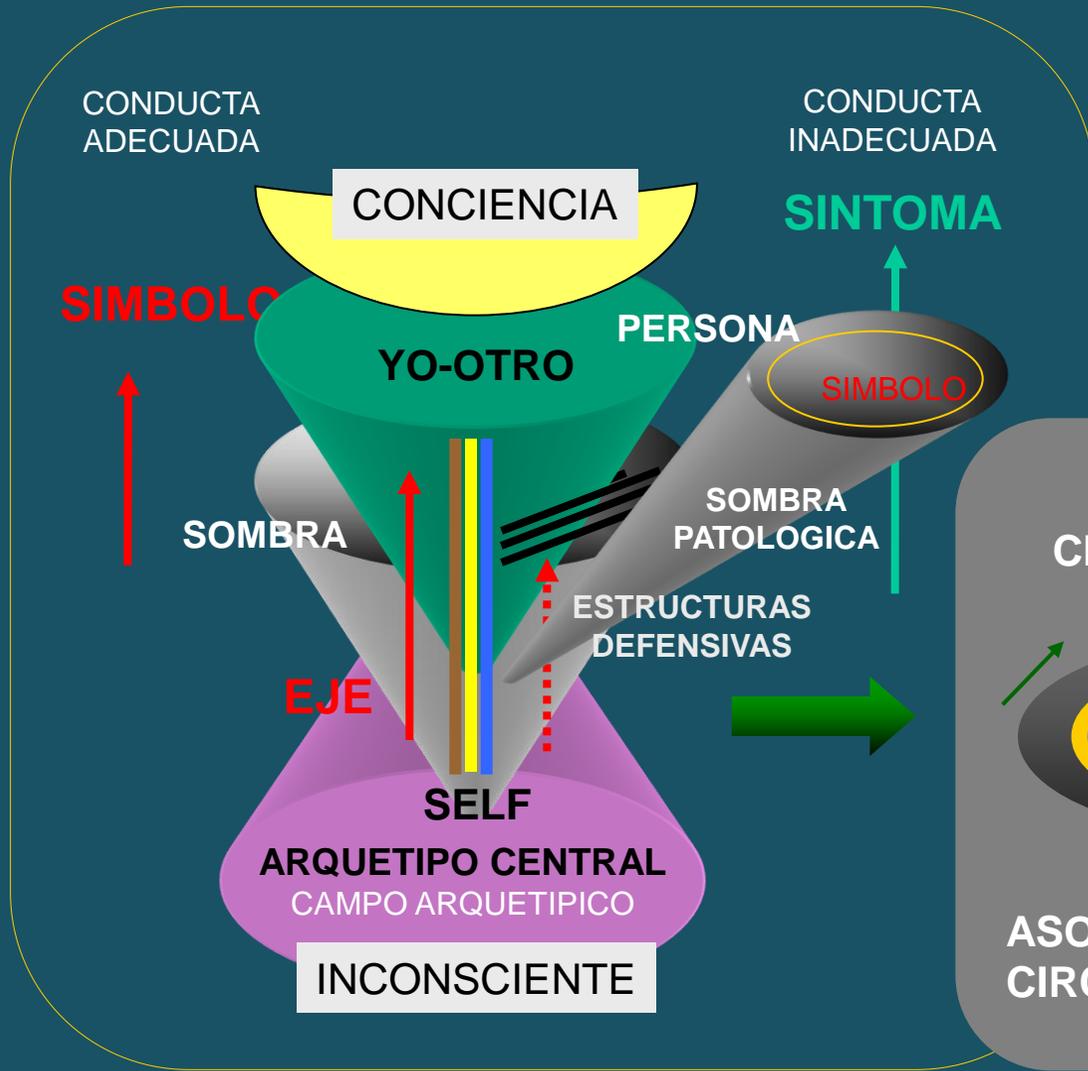
Terapia cognitivo-conductual: este modelo de terapia está basada en tres técnicas:

1. **Exposición: imaginaria / in vivo.**
2. **Reestructuración cognitiva:** se centra en cambiar la auto- evaluación negativa, el miedo a que los demás le evalúen también de este modo, y la atribución de los resultados positivos a la suerte o a las circunstancias, mientras que las negativos se atribuyen siempre a las propias limitaciones.
3. **Entrenamiento en habilidades sociales:** ensayo, role-playing, tareas asignadas para la actividad domiciliaria.

TRATAMIENTOS: PERSPECTIVA ANALÍTICA



MODELO PSICOPATOLOGICO



TECNICAS DE ELABORACION SIMBOLICA

- VERBALES
- CORPORALES
- DRAMATICAS

● IMAGINATIVAS

- Fantasia dirigida
- Ensueño dirigido
- Imaginación activa
- Mitoanálisis

● PSICOPLASTICAS

- Diseño
- Pintura
- Modelado

● CAJA DE ARENA

● MARIONETAS



MODELO PSICOPATOLOGICO