

C

apítulo 20

Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (I). Trastornos de ansiedad fóbica

J. J. de la Gándara Martín, A. de Dios Francos

INTRODUCCIÓN

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en su capítulo V sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento (1), incluye en una misma sección una serie de trastornos que denomina con el epígrafe general de “Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. Justifica dicha clasificación y ubicación debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuantos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos. En la Tabla I se recoge la clasificación general de este grupo de Trastornos.

El contenido de este capítulo se va a centrar en la descripción clínica de los trastornos del primer grupo, es decir, de los trastornos por Ansiedad Fóbica (Tabla II) que básicamente se refieren a la Agorafobia, la Fobia Social y las Fobias Específicas, que son un grupo de trastornos en los cuales la ansiedad se pone en marcha exclusiva, o predominantemente, en ciertas situaciones bien definidas, o bien frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismo generalmente peligrosos y en consecuencia son evitados de modo específico o bien afrontados con gran ansiedad.

Para el conjunto de dichos trastornos fóbicos, vamos a hacer una exposición en la que incluiremos

Tabla I

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

F40 Trastornos de ansiedad fóbica
F41 Otros trastornos de ansiedad
F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
F44 Trastornos disociativos (de conversión)
F45 Trastornos somatomorfos
F46 Otros trastornos neuróticos

una breve introducción conceptual e histórica, los datos epidemiológicos, las teorías etiopatogénicas, la descripción clínica, la evolución y el tratamiento.

CONCEPTO DE ANSIEDAD FÓBICA O FOBIA

El término fobia hace referencia a un miedo excesivo irracional y persistente ante un objeto, actividad o situación que determina un deseo imperioso de evitar aquello que se teme. Para que la fobia tenga

Tabla II
Trastornos de ansiedad fóbicas

F40.0 Agorafobia:
00 Sin trastorno de pánico
01 Con trastorno de pánico
F40.1 Fobias sociales
F40.2 Fobias específicas (aisladas)
F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica
F40.9 Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación

una entidad clínica, el miedo debe ser reconocido como excesivo e irracional, por el individuo y la conducta de evitación ha de implicar algún grado de incapacidad (2,3). Durante mucho tiempo, las fobias fueron consideradas como un trastorno de la misma naturaleza y origen que las obsesiones. La diferenciación de la neurosis fóbica se debe a Freud (4) quien en 1895 publicó un artículo titulado “Obsesiones y Fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología”, en el que distingue las obsesiones verdaderas de las fobias. Más tarde en el análisis del caso del “pequeño Hans”, en 1909, diferenció dentro de las psiconeurosis la neurosis fóbica, calificada posteriormente de histeria de angustia. Sin embargo el viejo planteamiento todavía persistió durante años, y así Kraepelin (5) incluyó en su Manual un capítulo sobre las “ideas indomables y los miedos irresistibles” en el que no estableció diferencias entre fobias y fenómenos obsesivos; por su parte Bleuler situó todas las fobias bajo el título de neurosis obsesiva (6).

Los trastornos fóbicos fueron diferenciados, desde el punto de vista diagnóstico en 1947, en la Clasificación de la O.M.S. En sus sucesivas ediciones se han ido recogiendo los estados fóbicos como una entidad separada, aunque sin establecer diferencias entre las distintas fobias.

Una nueva etapa en la historia de los estados fóbicos se estableció gracias a las investigaciones de la escuela británica durante las décadas de los 60 y 70 que contribuyeron decisivamente a delimitar las fobias como formas específicas de ansiedad. Marks y Lader (7) señalaron las diferencias básicas entre la agorafobia y las fobias específicas. La agorafobia, más que la evitación sistemática de una situación concreta, supone un temor a la pérdida de la fuente de la seguridad y una conducta tendente a no perder la protección de dicha fuente, generalmente el hogar. Esta posición relativamente independiente de la agorafobia ha sido corroborada por estudios de seguimiento. Por ejemplo Emmelkamp y Kuipers (8) siguieron el curso de sesenta agorafóbicos, durante cuatro años y no encontraron que hubieran aparecido otros rasgos neuróticos. De acuerdo en gran parte con la clasificación de los estados fóbicos propues-

ta por Marks y colaboradores (9), el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su 3ª Edición de 1980 (10) y posterior revisión y edición (11,12), así como la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (1), clasifican los trastornos fóbicos en tres categorías:

—*Agorafobia*: Miedo a estar solo y a los lugares públicos concurridos.

—*Fobia Social*: Miedo a situaciones en las que el individuo puede estar expuesto a la observación de otros.

—*Fobia Simple*: Miedo a situaciones distintas a las incluidas en la agorafobia y en la fobia social (animales, alturas, etc.).

EPIDEMIOLOGÍA

En el estudio epidemiológico Epidemiologic Catchment Area (ECA) (13) realizado en la población general de cinco ciudades de Estados Unidos, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III, se observó que las fobias eran el trastorno psiquiátrico más común, con unas tasas de prevalencia al mes y a los 6 meses de 6,2 y 7,7% respectivamente, así como una tasa de prevalencia a lo largo de la vida del 12,5%. Se observó que las fobias específicas eran las más frecuentes (11,3%) seguidas por la agorafobia (5,6%) y la fobia social (2,7%). Las fobias específicas eran más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres (14,5% frente al 7,8%); también la agorafobia era más frecuente entre las mujeres (7,9% frente al 3,2%), mientras que la fobia social tuvo una prevalencia similar en ambos sexos (2,9 y 2,5% respectivamente) (14). La agorafobia representa el 60% de todos los estados fóbicos que acuden en busca de tratamiento. Es la fobia más incapacitante y más resistente al tratamiento. En comparación con otras fobias, la edad de comienzo es más tardía, por lo general surge en la mitad o al final de la tercera década de la vida, casi nunca se observa antes de los 18 años o después de los 35. Aunque las fobias simples son muy comunes en la población general, los afectados acuden con menor frecuencia que otros fóbicos a los servicios psiquiátricos, iniciándose generalmente antes de la pubertad. Las fobias sociales tienen una edad de comienzo similar a la de los agorafóbicos, rara vez antes de la pubertad, o después de los 30 años (2).

Existen diversos estudios que confirman una incidencia familiar en la agorafobia y una relación en este sentido con el trastorno de pánico. Respecto a las fobias específicas los estudios de agregación familiar muestran que un 73% de las familias de probandos con fobia específica incluyen al menos un pariente con fobia específica frente al 29% de las familias de probandos control. Para fobia social, el riesgo relativo en familiares de primer grado es más de tres veces mayor que en controles (15,16).

ETIOLOGÍA

TEORÍA PSICODINÁMICA

En un principio, Freud no consideraba a las fobias como un trastorno de origen psicológico, sino que pensaba que eran manifestaciones de un estado tensional inducido fisiológicamente. Respecto a la agorafobia, ya hace más de cien años, Freud describía el desarrollo de la ansiedad anticipatoria con una visión muy aproximada a la que tenemos en la actualidad (4). En su primera hipótesis, el creador del psicoanálisis, afirmaba que las fobias surgían porque la energía libidinosa no descargada era transformada fisiológicamente en ansiedad, la cual se asociaba y se descargaba parcialmente a través de objetos que eran, por su propia naturaleza o por experiencias previas, peligrosos.

Más tarde, en 1909, a través del caso del “Pequeño Hans” (un niño de cinco años que desarrolló una fobia a los caballos), Freud formuló una teoría psicológica explicativa de las fobias. Los sentimientos sexuales inconscientes y prohibidos hacia la madre y los sentimientos agresivos y de rivalidad hacia el padre, eran bloqueados por la represión y se transformaban fisiológicamente en ansiedad, la cual era desplazada hacia un objeto cuya evitación aliviaba parcialmente la ansiedad.

Más adelante, Freud reconceptualizó su explicación de las fobias, en el contexto de su teoría estructural evolutiva. Afirmaba que los síntomas fóbicos se producen formando parte de la resolución de los conflictos intrapsíquicos ocasionados por la interacción de los impulsos instintivos, las prohibiciones del super yo y las limitaciones de la realidad. El yo experimenta ansiedad cuando los impulsos inconscientes intentan liberarse. Dicha ansiedad moviliza tanto una represión como su proyección y desplazamiento del conflicto hacia un objeto simbólico, cuya evitación permite una solución neurótica al conflicto original. Desde Freud, la literatura psicodinámica se ha ido alejando de estas formulaciones centradas en la libido y en la ansiedad de castración y prestando más atención a la importancia de la relación con personas de confianza, o bien a la ansiedad de separación (14).

TEORÍA DE APRENDIZAJE

Según esta teoría, la ansiedad fóbica es una respuesta condicionada, adquirida a través de la asociación del objeto fóbico (estímulo condicionado) con una experiencia nociva (estímulo incondicionado). Al principio, la experiencia nociva produce una respuesta incondicionada de dolor, malestar y miedo. Si el individuo experimenta con frecuencia dicha situación junto al objeto fóbico, por condicionamiento contingente, resultará que la sola presencia del obje-

to fóbico, podrá desencadenar una respuesta de ansiedad (respuesta condicionada). La evitación del objeto fóbico previene o disminuye esta ansiedad condicionada, y en consecuencia se perpetúa mediante la reducción de la exposición.

Este modelo clásico de la teoría del aprendizaje se ha visto apoyado por los resultados satisfactorios de las técnicas conductuales, en el tratamiento de muchos pacientes con fobias específicas. Sin embargo están surgiendo críticas por considerarse incongruente con algunas observaciones empíricas (14), entre las que se pueden destacar las siguientes:

—La mayoría de las fobias no han comenzado tras un incidente traumático.

—Según la teoría cualquier objeto o situación podría constituirse en objeto fóbico, pero la realidad es que el abanico de estos es más bien limitado y de distribución no azarosa y no predominan los relacionados con la sociedad moderna.

—Esta teoría no puede explicar las diferencias cualitativas entre crisis de angustia y ansiedad anticipatoria, puestas de manifiesto por estudios farmacológicos y de infusión de lactato.

La Teoría del condicionamiento puede explicar algunos casos de fobia social y fobia específica. Además aunque la teoría del aprendizaje explique cómo emergen algunos síntomas fóbicos, no puede explicar por completo el mantenimiento de los mismos, ya que la exposición repetida al estímulo condicionado suele extinguir la respuesta condicionada.

TEORÍAS BIOLÓGICAS

Algunas de las hipótesis acerca del origen de las fobias son el resultado de la integración de los enfoques etológico, biológico y de la teoría del aprendizaje.

Seligman (17) sugirió que las fobias específicas son un ejemplo de aprendizaje modelado por la evolución. El concepto de “preparación” para el aprendizaje proviene de la observación de que algunas respuestas a determinados estímulos se aprenden con más facilidad que otras, y de que la facilidad para aprender una circunstancia particular varía de una especie a otra. La mayoría de las fobias específicas involucran estímulos que en el curso de la evolución han representado un peligro para el hombre y ante los que todavía se reacciona como si fueran intrínsecamente peligrosos. Como apoyo del componente biológico de las fobias específicas, Fyer y cols. (15) hallaron una elevada transmisión familiar, como ya señalamos anteriormente.

Los síntomas de fobia social se acompañan en quizás el 50% de los casos de un aumento de la adrenalina plasmática. De todos modos en la fobia social también intervienen algunos elementos cognitivos, ya que las infusiones rápidas de adrenalina fuera de las circunstancias fóbicas no reproducen exactamen-

te los síntomas. La feniletilamina u otras aminas biógenas similares pueden estar implicadas en nuestra respuesta emocional a la aprobación o desaprobación sociales. Este sistema estaría regulado deficientemente en los pacientes con fobia social y en los que padecen depresión atípica (18). Ambos grupos reaccionan exageradamente ante la crítica y el rechazo, y se benefician claramente del tratamiento con un IMAO, que reduce la sensibilidad al rechazo y también inhibe el metabolismo de las aminas biogénicas.

La agorafobia es, en muchos casos, una respecta a las crisis de angustia espontáneas en cuya etiología se ha implicado a diversas teorías biológicas (14):

—Teoría catecolaminérgica: descarga beta-adrenérgica masiva en el sistema nervioso.

—Teoría del *locus ceruleus*: aumento de la descarga de los núcleos noradrenérgicos del sistema nervioso central.

—Teoría *metabólica*: cambios metabólicos aberrantes inducidos por la infusión de lactato sódico.

—Teoría de la falsa alarma por sofocación por carbónico: hipersensibilidad de los receptores del dióxido de carbono del tronco cerebral.

—Teoría Benzodiazepina-GABA: función anormal de los receptores que produce una disminución de la actividad inhibitoria.

—Teoría genética: intentos de aislar el gen de las crisis de pánico a partir de varios linajes familiares.

—Teoría neuroetológica: disrupción biológica inata del sistema del humor.

No se sabe con certeza por qué no todos los individuos con crisis de angustia desarrollan agorafobia, y por qué existen sujetos con agorafobia sin historia de crisis de pánico. Probablemente sea debido a la interacción de factores ambientales, de género y genéticos. Las personas que tienen que desplazarse para ganarse la vida tienen menor probabilidad de terminar atadas a sus casas que las que no necesitan desplazarse. Este fenómeno podría explicar la mayor proporción de mujeres con agorafobia, respecto al trastorno de angustia. Los estudios familiares sugieren una transmisión genética para la agorafobia tanto relacionada con, como independiente, del trastorno de angustia (15).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

AGORAFOBIA

El término agorafobia, derivado del griego *agora*, que significa “lugar de mercado”, fue utilizado por primera vez por el psiquiatra alemán Westphal en 1871 para describir “la imposibilidad de atravesar ciertas calles o plazas, o la posibilidad de hacerlo con un temor ligado a la ansiedad” (2). El sentido del término se ha ido ampliando, y sobrepasando su acepción etimoló-

gica, al incluir el miedo a las aglomeraciones y el temor a los lugares públicos de diverso tipo.

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

1. Miedo a abandonar el hogar,

2. miedo a quedarse solo y

3. miedo a encontrarse lejos del hogar en situaciones en las que se siente uno atrapado, molesto o indefenso.

De acuerdo a las clasificaciones nosológicas actuales como la CIE-10 o el DSM-IV, lo que se teme es padecer una serie de síntomas desagradables encontrándose en situaciones de las que uno no puede escapar fácilmente, o donde no puede conseguirse ayuda con facilidad en caso de problemas. En la Tabla III se recogen los criterios diagnósticos de investigación para agorafobia de la CIE-10, a efectos de descripción clínica y pautas para el diagnóstico (1).

Los temores agorafóbicos más característicos son el uso de transportes públicos, hallarse en lugares públicos concurridos, ascensores, hacer cola, o viajar lejos de casa. En los casos más graves los pacientes están atados a sus casas, con miedo a salir sin compañía o a quedarse solos.

La mayor parte de los casos comienzan con una serie de crisis de angustia espontáneas. Si las crisis continúan, los pacientes suelen desarrollar ansiedad anticipatoria, caracterizada por una sensación persistente de temor o aprensión por cuando se presentará la próxima crisis, y por sus consecuencias. En una tercera fase es cuando surgen los síntomas de agorafobia. Muchos pacientes establecen una relación causal entre sus crisis de angustia y la situación en la que se han producido, y posteriormente evitan dichas situaciones en un intento por evitar nuevas crisis. Los agorafóbicos temen también las situaciones en las que creen que no podrán huir rápidamente si ocurre una emergencia. Algunos pacientes tienen crisis espontáneas a lo largo de la enfermedad y otros sólo ocasionalmente al comienzo de la enfermedad y posteriormente al exponerse a las situaciones fóbicas. Muchos pacientes incapaces de salir solos de casa, pueden viajar largas distancias si van acompañados de una persona de confianza.

En la práctica clínica, es raro encontrar pacientes con agorafobia sin historia de crisis de pánico. Por ello para algunos investigadores el desarrollo de agorafobia, requiere el antecedente de crisis de angustia. Esta afirmación es controvertida. Así en una serie de pacientes con trastorno por angustia con agorafobia, el 23% informó que la agorafobia precedió a la crisis de pánico inicial, (19), aunque se supone un sesgo retrospectivo. También cabe reseñar en esta controversia, la elevada prevalencia de la agorafobia sin crisis de angustia que se encontró en estudios epidemiológicos como el ECA (20), en el que se informó que la mayoría de las agorafobias diagnosticadas por primera vez (dos terceras partes aproximadamente)

Tabla III

Criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para agorafobia

- A. Miedo manifiesto o conducta de evitación ante por lo menos dos de las siguientes situaciones:
 Multitudes
 Lugares públicos
 Viajar solo
 Viajar lejos de casa
- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tiene que estar en los síntomas listados entre 1 y 4
- Síntomas autonómicos*
1. Palpitaciones o taquicardia
 2. Sudación
 3. Temblores o sacudidas de los miembros
 4. Sequedad de boca
- Síntomas en el pecho y abdomen*
5. Dificultad para respirar
 6. Sensación de ahogo
 7. Dolor o malestar en el pecho
 8. Náuseas o malestar abdominal
- Síntomas relacionados con el estado mental*
9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento
 10. Desrealización o despersonalización
 11. Sensación de perder el control, de "volverse loco", o de muerte inminente
 12. Miedo a morir
- Síntomas generales*
13. Sofocos o escalofríos
 14. Sensación de entumecimiento u hormigueo
- C. Malestar emocional significativo, secundario a la conducta de evitación o a los síntomas de ansiedad, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido
- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas
- E. Criterios de exclusión: El criterio A no es debido a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos psicóticos, o afectivos, o trastorno obsesivo-compulsivo, ni secundario a creencias de la propia cultura

se produjeron sin historia de crisis de angustia. Este parece explicarse porque en las evaluaciones epidemiológicas, el umbral de gravedad es muy bajo y el diagnóstico diferencial incierto (14).

Los temores más frecuentes correspondientes a una muestra de pacientes agorafóbicos españoles, fueron: alejarse de casa (90%), transportes públicos (70%), lugares concurridos (60%), sitios cerrados (45%) y espacios abiertos (30%) (2).

FOBIA SOCIAL

En la fobia social, el miedo está centrado en que el paciente al actuar se vea sometido a una situación de humillación o ridículo ante los demás. Estos individuos temen y evitan diversas situaciones en las que se sentirían requeridos a actuar en presencia de otra gente. Las fobias sociales más típicas son el temor a hablar, comer o escribir en público, a utilizar urinarios públicos, así como asistir a fiestas o entrevistas. Así mismo, un miedo común de los sujetos con esta fobia, es que la gente sea capaz de detectar y ridiculizar su ansiedad ante situaciones sociales. Cada paciente puede tener una fobia social limitada o varias. En la Tabla IV se recogen los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 a los efectos de descripción clínica y pautas para el diagnóstico.

La ansiedad va ligada al estímulo fóbico. Cuando el paciente se ve forzado o es sorprendido por la situación fóbica experimenta una ansiedad intensa acompañada por varios síntomas somáticos de ansiedad. La sudación, ruborización y la sequedad de

Tabla IV

Criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para fobias sociales

- A. Alguno de los siguientes síntomas deben darse:
1. Miedo marcado a ser el foco de atención o miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante
 2. Evitación marcada de ser el foco de atención, o a las situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de forma embarazosa y humillante
- Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público, o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido
- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se define en el criterio B de agorafobia, tiene que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos y uno de los síntomas siguientes:
 Ruborización
 Miedo a vomitar
 Necesidad imperiosa o temor a orinar, a defecar
- C. Malestar emocional significativo secundario a la conducta de evitación o a los síntomas excesivos de ansiedad reconociendo que carecen de sentido
- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas
- E. Criterio de exclusión: Los criterios A y B no son debidos a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos mentales orgánicos, trastornos psicóticos, trastornos afectivos o trastorno obsesivo-compulsivo, ni secundarios a creencias culturales

boca son más frecuentes en la fobia social, que las palpitations o la opresión precordial, más propias de las crisis de pánico (2).

Cuando los pacientes tienen que enfrentarse a la situación fóbica, suelen presentar una intensa ansiedad anticipatoria. En algunos pacientes la fobia social permanece limitada a una situación, pero en la mayoría de los casos el sujeto es sensible a varias situaciones sociales. Un estudio sistematizado que comparó un grupo de individuos con fobia a hablar en público con otro grupo con fobia social generalizada, puso de manifiesto que estos últimos eran más jóvenes, tenían menor nivel de educación y presentaban más ansiedad, depresión, miedo a la evaluación social negativa y mayor tasa de desempleo (22).

FOBIAS ESPECÍFICAS (AISLADAS)

Estas fobias se basan en miedos circunscritos a un objeto, situación o actividad concretos. El síndrome tiene tres componentes: La ansiedad anticipatoria desencadenada ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo, el temor central en sí mismo y la conducta de evitación para aliviar la ansiedad. En estas fobias el miedo no suele provenir del objeto en sí mismo, sino de las supuestas consecuencias derivadas del contacto con el objeto. Estos miedos son excesivos, irracionales y persistentes, por lo que, a pesar de que la mayoría de los pacientes lo reconocen, sus temores no disminuyen. En la Tabla V se exponen los criterios diagnósticos de la CIE-10 para esta categoría.

En las clasificaciones nosológicas actuales como la CIE-10, pero también el DSM-IV, se describen subtipos de fobias: Tipo animal (insectos, perros), tipo fuerzas de la naturaleza (tormentas, agua), tipo sangre, inyecciones y heridas, tipo situaciones (ascensores, túneles) y otros. En apoyo de la validez de esta subtipificación se dispone de información referida a diferencias de edad de inicio, forma de comienzo, agregación familiar y respuestas fisiológicas frente al estímulo (14).

Las fobias animales constituyen el sector más extenso de las fobias específicas. Son muy frecuentes en la infancia, pero en la mayoría de los casos este temor se supera al llegar a la adolescencia. El objeto del temor puede referirse a cualquier animal, pero quizás los más frecuentes eran las serpientes, los insectos, los perros y las aves.

La fobia a espacios cerrados, pueden generarse de forma aislada, (claustrofobia), pero también es común en la agorafobia.

La reacción aversiva hacia la sangre es relativamente frecuente. El sujeto no puede soportar la contemplación de la sangre y no permiten que se le hagan extracciones. Algunos llegan a sufrir una crisis de desmayo al ver la sangre propia o la ajena. Niveles altos de ansiedad en relación con el tratamiento

Tabla V
Criterios diagnósticos de investigación de las CIE-10 para fobias específicas (aisladas)

- A. Algunos de los siguientes síntomas deben darse:
 1. Miedo marcado ante un objeto o situación específica, no incluida en agorafobia, o en fobia social
 2. Evitación marcada ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia o en fobia social

Entre los objetos o situaciones más frecuentes están los animales, los pájaros, los insectos, las alturas, los espacios pequeños y cerrados; la visión de la sangre y heridas, las inyecciones, los dentistas y los hospitales
- B. Síntomas de ansiedad en la situación temida, en algún momento desde el inicio del trastorno, tal y como se define en el criterio B de agorafobia
- C. Malestar emocional significativo secundario a la evitación, o a los síntomas, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido
- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas

dental afectan al 5% de la población, que lo evita salvo en casos de urgencia (2).

Son muy frecuentes en la población general, las fobias alimentarias que ofrecen dos variedades distintas. Una corresponde a la fobia a tragar debida al temor a atragantarse, que no se vincula al tipo de alimento. Otra variedad se refiere a las fobias restringidas a ciertos alimentos, con más frecuencia a la carne y a los alimentos grasos (2).

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

AGORAFOBIA

La historia natural de la agorafobia se caracteriza por un inicio, en la mayoría de los casos, entre los 18 y 35 años, y un curso si bien crónico, fluctuante en la intensidad de los síntomas con períodos de remisión parcial o incluso total. Es la fobia más incapacitante y la más resistente al tratamiento, por lo que es la más representada en las muestras clínicas, donde representa el 60% de todos los trastornos fóbicos (2,23). Ya hemos dicho que es frecuente que la intensidad de la sintomatología fluctúe a lo largo del tiempo, en relación a factores diversos. Así cualquier circunstancia estresante, la fatiga y la enfermedad física pueden incrementar la agorafobia. Por el contrario, el alcohol y los medicamentos tranquilizantes reducen el temor. En la mujer, el período menstrual y el post-parto son circunstancias desfavorables, no así

el embarazo que parece ejercer un efecto protector en la paciente agorafóbica.

Cuando el paciente acude a solicitar ayuda médica muchas veces el desarrollo de la enfermedad ha alcanzado una fase avanzada con gran deterioro social y laboral. El tiempo necesario para llevar a esta situación y la forma varía de unos individuos a otros con un curso que ya se ha señalado, no suele ser lineal. En todo caso, sólo el 20% de los pacientes no tratados presenta períodos de remisión completa (2).

Muchos pacientes con agorafobia presentan a lo largo de su enfermedad episodios depresivos, que se suelen relacionar con una reacción a la desesperanza y el desamparo impuesto por la drástica reducción de la calidad de vida que ocasiona el trastorno. Además de la depresión, son frecuentes otras complicaciones psiquiátricas como el abuso de alcohol y/o tranquilizantes y las somatizaciones.

Las restricciones en el funcionamiento social y laboral son evidentes incluso en los casos menos graves. En un estudio se encontró incapacidad laboral en el 42% de los varones y reducción del contacto social en el 29% tanto de varones como de mujeres (24).

FOBIA SOCIAL

La fobia social comienza sobre todo en la adolescencia y comienzo de la edad adulta, rara vez antes de la pubertad y después de los 30 años. La edad de inicio en series clínicas fue de 19 años (25). El comienzo suele ser insidioso sin que pueda identificarse un claro precipitante, aunque en casos es repentino tras una experiencia traumática. El curso es crónico, con tendencia a estabilizarse a lo largo del tiempo y mostrando una disminución de la gravedad en la etapa media de la vida.

Manifestaciones de fobia social se encuentran frecuentemente entre los antecedentes personales de los pacientes alcohólicos. En un estudio, el 25% de los varones y el 17% de las mujeres de una muestra de pacientes ingresados en una Unidad especializada para tratamientos del alcoholismo, tenían fobia social (26). Por otra parte Aimes y cols., constataron que el 20% de los fóbicos sociales consume bebidas alcohólicas de forma excesiva (25).

Son comunes en estos pacientes los síntomas depresivos. En la muestra de Aimes y cols. (25), la mitad de los pacientes tenían síntomas depresivos significativos y el 14% antecedentes de tentativas de suicidio.

FOBIAS ESPECÍFICAS

Los pacientes con fobia específica a los animales suelen manifestar síntomas en la primera infancia, mientras que las fobias situacionales, suelen iniciarse posteriormente. Marks en un estudio observó una

edad de inicio en las fobias a animales de 4,5 años, mientras que los pacientes con fobias situacionales, tenían una edad media de inicio de 22,7 años (27).

Parece ser que las fobias específicas siguen un curso crónico, si no se tratan. A pesar de la persistencia del trastorno durante décadas, las fobias permanecen monosintomáticas, con escasa tendencia a la generalización. No se suelen asociar con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad generalizada, las crisis de pánico espontáneas y el abuso de alcohol o tranquilizante. Es característica de este trastorno, su buena respuesta al tratamiento conductista de exposición, mejor que en los otros trastornos fóbicos.

TRATAMIENTO

AGORAFOBIA

La revisión del estado actual de los datos existentes sobre el tratamiento de la agorafobia se refiere en la mayoría de los casos al trastorno crisis de pánico con agorafobia. Se van a repasar las evidencias existentes sobre el tratamiento psicofarmacológico, el tratamiento cognitivo-conductual y la combinación de los dos anteriores siguiendo la revisión recientemente realizada por Ballenger y cols. (28).

Tratamientos psicofarmacológicos

Hoy día existen considerables datos que apoyan que los pacientes que presentan crisis de pánico espontáneas pueden beneficiarse del tratamiento con diversos fármacos, tanto en la reducción del número de crisis, como en las complicaciones asociadas, incluyendo la agorafobia.

Imipramina y otros antidepresivos tricíclicos (ATC)

Los primeros datos sobre su eficacia en las crisis de pánico datan de hace más de 30 años (29). De los ATC, la Imipramina y Clorimipramina han sido los más estudiados. La mayoría de los estudios controlados con placebo apoyan su efectividad para tratar pacientes con crisis de pánico con y sin agorafobia (30), y se ha visto además que son eficaces en la conducta de evitación fóbica cuando se usan aislados, sin tratamiento conductual, en pacientes con crisis de pánico con agorafobia (31).

En relación con las dosis óptimas para el tratamiento agudo, los datos sugieren una dosis de 3 mg/kg/día de Imipramina o unos niveles plasmáticos de 125-150 mg/ml y que dosis o niveles mayores no aportan beneficio adicional (28). Desde un punto de vista práctico se recomienda iniciar el trata-

miento con dosis bajas, 20-30 mg/día, incrementando cada 2-3 días hasta llegar a los 50 mg/día. Llegado a este punto, los pacientes pueden tolerar incrementos de 25 mg cada 2-4 días hasta un nivel de 150-200 mg/día. Algunos pueden responder a dosis muy bajas y otros requerir 300-400 mg. Para los que no responden, está indicado determinar niveles plasmáticos. Los efectos secundarios de los ATC incluyen efectos antidolinérgicos, cardiovasculares, disfunción sexual y ganancia de peso. El efecto adverso más común (y la razón más frecuentes para abandono del tratamiento) en pacientes que reciben ATC para un trastorno por crisis de pánico con agorafobia) es la inquietud y el aumento de la ansiedad, que ocurre en 25-40% de pacientes y que puede ser dosis dependiente (32). La mayoría de estos pacientes, tolerarán progresivamente mejor este efecto adverso con el paso del tiempo. Alternativamente los betabloqueantes (60-120 mg/día de Propanolol) o las Benzodiazepinas a dosis bajas pueden reducir los efectos de activación.

Los ATC comienzan a ejercer su efecto antipánico después de 3-6 semanas. En general se recomienda mantener el tratamiento el tiempo suficiente para mantener al paciente entre 12 y 18 meses con los síntomas controlados y con un funcionamiento óptimo, y después iniciar una reducción gradual de la dosis hasta la supresión del tratamiento (33). Para el 30-70% de los pacientes que experimentan una recurrencia de los síntomas tras la supresión del tratamiento, éste puede ser reinstaurado y suele producirse un rápido control de los síntomas. Después de 3-6 meses se efectúa un nuevo intento de suprimir el tratamiento. Sin embargo algunos pacientes pueden requerir tratamientos por períodos más prolongados o indefinidos (28).

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs)

Los datos sobre su eficacia en el control de las crisis de los pacientes con trastorno de pánico son anteriores que los de los ATC (34), aunque posteriormente hay menos estudios. Hay varios ensayos controlados de Fenelzina frente a placebo y uno utilizando Iproniazida (28). Las evidencias y la experiencia clínica parecen indicar, que los IMAOs pueden ser incluso más efectivos que los ATC como agentes antifóbicos (35). Su utilización se ha restringido notablemente por las interacciones con alimentos y medicamentos, y en nuestro medio su utilización se hace como "última elección". Para un futuro cercano se sugiere que los Inhibidores Reversibles de la Monoaminoxidasa A (RIMA), de los que sólo está disponible por ahora la moclobemida, podrían ser un avance significativo, si demuestran su efectividad en el tratamiento del trastorno que nos ocupa, ya que no presenta las interacciones con alimentos y medicamen-

tos y el perfil de efectos secundarios es más favorable. Un estudio reciente que comparó fluvoxamina con Brofaromina (un RIMA) encontró que eran igualmente eficaces (36).

El tratamiento con Fenelzina se suele comenzar con 15 mg/día; se incrementa la dosis gradualmente (15 mg cada 3-4 días) hasta alcanzar la dosis total de aproximadamente 1 mg/kg/día, repartida en dosis de mañana y mediodía para disminuir el insomnio que produce el tratamiento. Las dosis eficaces oscilan entre 45 y 90 mg/día. Los IMAOs producen menos activación o inquietud que los ATC. Respecto al curso del tratamiento este es superponible a lo dicho anteriormente para los ATC; quizás únicamente señalar que la fenelzina tiene un comienzo de acción más rápido que los ATC en algunos estudios (28).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Este grupo de medicamentos han sido ampliamente utilizados en clínica para el tratamiento de las crisis de pánico; sin embargo los datos procedentes de estudios controlados, son limitados (28). Estos y sobre todo la experiencia clínica, apoyan su eficacia en el tratamiento del trastorno por crisis de pánico. Los más estudiados son la Fluvoxamina, Paroxetina y Fluoxetina; la Sertralina está siendo objeto de estudios en la actualidad (36,37).

Las recomendaciones prácticas sobre el inicio y aumento gradual de dosis, para paliar los efectos secundarios (inquietud, activación, efectos serotoninérgicos), son similares a los señalados, para los otros grupos farmacológicos anteriormente comentados, lo mismo que el curso y duración del tratamiento. Para muchos clínicos, que trabajan ampliamente con este tipo de pacientes, los ISRS, se han constituido en su tratamiento de elección. En una conferencia de expertos en Trastornos de Pánico (D.F. Klein, J.F. Rosebaun, M.H. Pollack, K. Jobson y R.B. Lydiard) celebrada en 1993, se llegó al acuerdo de consenso de que los ISRS son el tratamiento de elección para este trastorno.

Benzodiazepinas

Hasta hace relativamente poco tiempo se creía que las benzodiazepinas eran efectivas primariamente para el trastorno de la ansiedad generalizada, o para la ansiedad residual que ocurre en otros trastornos. Posteriormente dos amplios estudios multicéntricos demostraron que el Alprazolán es un agente antipánico (38,39). Posteriormente otros estudios han demostrado que otras benzodiazepinas como el Clonazepán, el Lorazepán y el Diazepán, son también eficaces para reducir las crisis de pánico y la evitación fóbica (28).

El comienzo del tratamiento a dosis bajas (por ejemplo Alprazolam 2 mg/día) y el aumento gradual de las dosis, puede ser una estrategia útil para paliar los efectos sedativos que pueden aparecer. La dosis óptima de Alprazolam se sitúa entre 2 y 4 mg/día (28).

El Alprazolam tiene una vida media-corta (de 10 a 14 horas), con lo cual se ha relacionado, el hecho de que aparecieran efectos rebote interdosis y síntomas de retirada de intensidad valorable, que son inconvenientes del tratamiento. Para intentar evitarlo se han probado benzodiazepinas de vida media más larga como el clonazepam (40), o el uso de formas de liberación sostenida como el Alprazolam SR (41). Para los pacientes que no responden, los niveles plasmáticos pueden ser útiles, pues se ha establecido que niveles entre 20 y 60 ng/ml pueden ser los necesarios para alcanzar eficacia, en la mayoría de los enfermos. Para los pacientes que requieren dosis altas de Alprazolam para una buena respuesta terapéutica, los niveles plasmáticos pueden ser útiles para identificar a los "metabolizadores rápidos", que requieren más medicación para alcanzar el nivel plasmático terapéutico.

Los datos de estudios sobre el tratamiento de mantenimiento o a largo plazo con benzodiazepinas, sugieren que dicho tratamiento (de 6 a 18 meses) es efectivo para mantener la remisión, sin evidencia de tolerancia al efecto antipánico o necesidad de incrementar la dosis (28). Así pues no hay evidencias que apoyen el hecho de que el tratamiento a largo plazo del trastorno de pánico con benzodiazepinas se asocie con un patrón de incremento progresivo de la dosis. Es más, los datos existentes sugieren que la eficacia de las benzodiazepinas es sostenida y puede conseguirse con bajas dosis. La aparición de síntomas depresivos en algunos pacientes con trastorno de pánico en monoterapia con Benzodiazepinas es una posible complicación que afecta hasta el 25% de los casos (30) y puede ser tratada con reducción de la dosis o añadiendo un antidepresivo.

Un problema clínico asociado con el tratamiento con benzodiazepinas del trastorno de pánico es la reaparición de síntomas durante la retirada de la medicación. Se ha descrito un síndrome de abstinencia a benzodiazepinas (42). Por ello se recomiendan pautas de discontinuación progresiva, cambios de benzodiazepinas de vida media corta a benzodiazepinas de vida media larga o asociar fármacos como Carbamazepina o Valproato Sódico (28).

En síntesis se puede afirmar que las benzodiazepinas son eficaces tanto para el tratamiento agudo como a largo plazo del trastorno de pánico y la tolerancia o el abuso no es problema relevante en la mayoría de los casos. De hecho hay que señalar que el grupo de trabajo de la Asociación Psiquiátrica Americana (43) indicó que el trastorno de pánico es una de las condiciones para las que está indicado el tratamiento a largo plazo.

Anticonvulsivantes

El posible papel de los anticonvulsivantes como la Carbamazepina y el Valproato ha sido estudiado en los últimos años. Existen algunos estudios abiertos de casos, y algún ensayo controlado, todos con escaso número de pacientes, que sugieren su eficacia. Parece recomendable por tanto, que por ahora estos fármacos no sean de primera elección, y sí una alternativa en casos complicados con otros trastornos sobre todo afectivos o alcoholismo (28).

Otros fármacos

El betabloqueante Propranolol, puede proporcionar alivio sintomático en algunos pacientes con algunos síntomas residuales somáticos como palpitaciones y taquicardia, cuando se combinan con el tratamiento apropiado; en sí mismo no tienen efecto antipánico y no debe ser un tratamiento de primera línea (44). La eficacia de la Buspirona en el trastorno que nos ocupa no está totalmente establecida a la luz de los resultados existentes en la actualidad (45).

Terapia de conducta

Los resultados de estudios que examinan la eficacia de la exposición para el tratamiento de la agorafobia, realizados durante los últimos 30 años, son bastante claros, consistentes y coincidentes entre ellos y entre las diversas zonas del mundo en que se han llevado a cabo. El tratamiento de exposición y en particular la exposición directa en vivo es eficaz para reducir la ansiedad fóbica, la conducta de evitación y las crisis de pánico (28).

Aunque las tasas de mejoría varían, en conjunto se estiman entre el 60 y el 70%. Así mismo los efectos de la exposición son persistentes, con estudios que informan de mejorías mantenidas más allá de 9 años. Se estima que el 10-20% de pacientes tratados con exposición requieran tratamiento adicional de exposición. La tasa de recaídas es baja (10-25%). Estos resultados se han alcanzado en la mayoría de los casos con 10-20 sesiones de tratamiento (28).

Terapia cognitivo-conductual

Siguiendo también la revisión realizada por Ballenger y cols (28), las conclusiones que pueden extraerse de los datos existentes es que este tipo de terapia es muy eficaz, con una efectividad global en torno al 60-70%. Los resultados del tratamiento son además persistentes y hay evidencias de que los pacientes continúan mejorando durante períodos de seguimiento sin tratamiento adicional. El 15-20% de los pacientes necesitan exposición adicional cuando

el tratamiento formal ha concluido. La tasa de recaída es baja (en torno al 10%). Estos resultados son además más impresionantes considerando que la terapia es relativamente corta (10-20 sesiones durante 2-3 meses). Como se ve estas conclusiones son similares a las que hemos expuesto anteriormente para la terapia de conducta. Entonces con estos datos es difícil determinar que aportan las estrategias cognitivas en la evolución del tratamiento. De hecho, la mayoría de las estrategias, independientemente de si son llamadas cognitivo-conductuales o conductuales, están constituidas por alguna forma de exposición, y hay pocas diferencias entre las variaciones de estos tratamientos. Todos ellos se asocian con una evolución positiva, pero tomados en conjunto, los datos indican que la exposición en vivo es la que produce una evolución más favorable en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. Basándose en los datos de la literatura existentes, la parte cognitiva, parece no ser necesaria en muchos casos, si bien no está bien determinado en qué casos sí lo es (28).

Tratamiento combinado psicofarmacológico y conductual

Hay una serie de estudios que sugieren que tal combinación es más eficaz que cada tratamiento por separado (28). Estos resultados indican que una combinación de fármacos y terapia de conducta puede ser el tratamiento óptimo para estos pacientes, y que los resultados positivos pueden alcanzarse en un tiempo relativamente corto de 8 semanas. Hay que señalar también que este efecto positivo del tratamiento combinado es más probable encontrarlo con antidepresivos, y que puede no encontrarse con benzodiazepinas, que parece que interfieren con la acción terapéutica de los tratamientos conductuales.

FOBIA SOCIAL

Nos proponemos exponer aquí un resumen de los datos existentes sobre el tratamiento de este trastorno, basándonos en la reciente revisión realizada por Schneier y cols. (46,47).

Tratamiento cognitivo-conductual

Hay más de 30 estudios que han investigado estas técnicas en la fobia social, y su número va en aumento. Las técnicas investigadas incluyen entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de relajación, exposición a las situaciones sociales temidas, terapia cognitiva y una variedad de combinaciones cognitivo-conductuales (48,49).

Varios estudios han evaluado la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales. Estos estudios sugieren

eficacia, pero se le achacan deficiencias metodológicas que cuestionan los resultados (46). Por tanto la eficacia de esta técnica todavía no está perfectamente establecida. Es posible que el entrenamiento en habilidades sociales produzca efectos positivos por otros mecanismos como la habituación a los estímulos temidos o un aumento del sentimiento de autoeficacia.

La aplicación de técnicas de relajación en la fobia social, están basados en la idea de que tales técnicas pueden proporcionar al paciente un medio para manejar su ansiedad. Hay pocos estudios que han probado esta técnica en estos pacientes (50). La mayoría de ellos apoyan su eficacia en la posibilidad de que el paciente pueda utilizarla cuando experimenta ansiedad en una situación social problemática. En los casos en que no se siguió esa directriz la eficacia fue mínima.

La exposición a situaciones reales temidas es el componente central en la reducción de la ansiedad fóbica. De hecho, es posible que el componente efectivo de otras técnicas esté basado en ella. Las técnicas de exposición son claramente beneficiosas en el tratamiento de la fobia social. Todos los estudios informan de una reducción de la fobia social y del deterioro que comporta, tras tratamiento de exposición (46). Sin embargo esta respuesta parece ser menos satisfactoria que en el caso de la agorafobia (51); y además como tratamiento aislado no produce mejorías persistentes (52).

Estos datos han llevado a diversos investigadores (46) a examinar si la conjunción de técnicas cognitivas con protocolos de exposición mejora la respuesta al tratamiento. Los resultados no aclaran suficientemente este punto, aunque parecen apoyar su sinergismo positivo. Aunque los datos existentes son más bien escasos, algunos estudios encuentran que la terapia cognitivo-conductual en grupo es equivalente en eficacia a otros tratamientos cognitivo-conductuales (49).

Farmacoterapia

Los psicofármacos que se han mostrado eficaces mediante ensayos controlados incluyen: IMAOs irreversibles (Fenelzina), los RIMAs (Moclobemida y Brofaromina), ISRS (Fluvoxamina, Sertralina), Benzodiazepinas (Clonazepan, Alprazolam) y Beta-bloqueantes (Atenolol, Propanolol). Parece ser que la Fenelzina es el más efectivo, sin embargo su perfil de efectos adversos y el riesgo de interacciones con medicamentos y alimentos, hacen que los ISRS o los RIMAs, sean una alternativa preferible. El Clonazepan y el Alprazolam tiene la ventaja de su mayor rapidez de acción, pero parece que se requieren dosis altas y las recaídas son frecuentes tras la supresión del tratamiento. Hay estudios abiertos con Fluoxetina, Bupropion, Venlafaxina, Bupropion y Clonidina que eventualmente pueden ser alternativas en el tratamiento farmacológico, por

ejemplo asociando Bupiriona e ISRS (46,47,53-56). Para los pacientes con ansiedad de ejecución, el tomar betabloqueantes puede ser lo más conveniente y aceptado por ellos.

Los clínicos que se enfrentan al tratamiento de la fobia social, disponen, pues de varias estrategias de tratamiento, tanto de terapias cognitivas y conductuales como de farmacoterapia. Las bases racionales para seleccionar unas sobre otras son limitadas, por la falta de datos empíricos para predecir la respuesta a cada tipo de tratamiento. A falta de predictores para guiar la selección del tratamiento, los clínicos deben considerar varios factores. Hay pocos estudios que hayan asignado aleatoriamente los pacientes a farmacoterapia o psicoterapia. Los ensayos clínicos con modalidades de tratamiento único tienden a atraer ciertos tipos de pacientes. Es probable que los pacientes más graves hayan sido estudiados en ensayos clínicos de farmacoterapia y los menos graves en ensayos de terapia cognitiva o conductual. Por otra parte hay que considerar las preferencias del paciente y los diferentes grados de implicación que se requieren de éste en los diversos tipos de tratamiento. Antes de empezar una terapia, una labor de psicoeducación puede ayudar al paciente a participar en la elección del tratamiento. Las aproximaciones psicoterapéuticas son más seguras en mujeres que estén embarazadas (o deseando estarlo) o en período de lactancia, así como en pacientes con condiciones médicas comórbidas. La comorbilidad psiquiátrica debe ser tenida en cuenta, y en pacientes con depresión por ejemplo, serán preferibles los antidepresivos; en casos de abuso de alcohol u otras sustancias, hay que usar la medicación con precaución. También hay que tener en cuenta si la combinación de psicoterapia y farmacoterapia es más útil que los tratamientos por separado, cuestión que en el caso de la fobia social necesita ser más estudiada.

FOBIAS ESPECÍFICAS

Tratamiento conductual

Como parte de la valoración inicial para la terapia de conducta de pacientes con fobias específicas, el clínico debe obtener una descripción detallada de las circunstancias que desencadenan el miedo. Estos datos deben ser utilizados para elaborar una jerarquía de miedo y evitación. Dicha jerarquía es un listado individualizado de situaciones fóbicas (típicamente 10) que es elaborada en colaboración con el paciente. También son de utilidad escalas autoaplicadas como la Fears Survey Schedule (57) o el Anxiety Sensivity-Index (58).

Resultados de cuatro décadas de investigación han demostrado consistentemente que las terapias basadas en la exposición son altamente eficaces para fobias específicas no complicadas. En general el trata-

miento más efectivo incluye un contacto prolongado y/o repetido con el estímulo temido (46).

La desensibilización sistemática fue uno de los primeros métodos diseñados específicamente para tratar fobias. Desarrollado por Wolpe, en él se pide al paciente que se imagine escenas ansiógenas mientras practica ejercicios de relajación. Como resultado de la asociación repetida entre estímulo fóbico y relajación, a través de la imaginación, la reducción de la ansiedad se convierte en una respuesta condicionada al estímulo fóbico.

En la terapia de exposición, no se asocian ejercicios de relajación. Puede hacerse directamente (en vivo), o a través de imaginación; y también puede ser intensiva o gradual. El "flooding", por ejemplo es una técnica que implica contacto con un estímulo altamente fóbico, durante mucho tiempo. Quizás la técnica de exposición más usada hoy día sea una en vivo y gradual.

Otro de los tratamientos conductuales, es el modelado, en el que el paciente observa al terapeuta contactar con el estímulo fóbico y se le indica que replique la conducta. El terapeuta asiste al paciente. Este tratamiento también es puesto en marcha de una manera gradual.

Durante años, los investigadores han estudiado la influencia de diversas variables en la eficacia del tratamiento. Los resultados pueden resumirse como sigue: 1. la mayoría no encuentran diferencias de eficacia entre los diversos métodos de tratamiento basados en la exposición; 2. las sesiones de exposición largas son más eficaces que las cortas y 3. la complementación con un componente cognitivo no parece aumentar la eficacia del tratamiento conductual solo (46).

Si bien las técnicas conductuales son consideradas como el tratamiento de elección para las fobias específicas, no siempre son eficaces. Un número significativo de pacientes, en los ensayos clínicos, mejora moderadamente más que recupera de una forma completa; y un 25-50% de pacientes en los estudios y en la clínica abandonan prematuramente el tratamiento. Además algunos pacientes que solicitan tratamiento presentan trastornos comórbidos que se pueden beneficiar de tratamientos alternativos. Una variedad de técnicas como psicoeducación, interpretación dinámica, terapia de apoyo y persuasión, hipnosis y ejercicios de relajación pueden disminuir la ansiedad y el miedo, mejorar el sentimiento de autoeficacia y facilitar la exposición a las situaciones fóbicas. Hay que señalar la falta de estudios controlados que hayan evaluado estas técnicas no conductuales en las fobias específicas (46).

Farmacoterapia

Desde el establecimiento de la eficacia de la terapia de conducta en el tratamiento de las fobias espe-

cíficas se han realizado pocos estudios que hayan investigado posibles medicamentos para dichos trastornos.

Los betabloqueantes reducen la activación simpática que ocurre durante la anticipación y la exposición al estímulo, pero no disminuyen el miedo subjetivo, ni facilitan la aproximación (59). Por lo que respecta a los antidepresivos tricíclicos, un amplio estudio controlado que comparó terapia de conducta más Imipramina con terapia de conducta más placebo y con psicoterapia de soporte psicodinámica más Imipramina (60) encontró que la Imipramina no contribuye significativamente a la eficacia de ambos tipos de psicoterapia durante 26 semanas de tratamiento.

Las Benzodiazepinas pueden tener un discreto papel. En algunos estudios, se ha visto que pueden facilitar la aproximación a la situación fóbica y aumentar la eficacia de la terapia de exposición. Hay que remarcar, no obstante, que no reducen la ansiedad subjetiva durante la exposición. A dosis altas pueden retrasar el proceso de desensibilización, disociando

la experiencia aprendida del estado libre de fármaco (61). Más importante aún, las Benzodiazepinas no parecen conferir ventajas significativas al curso completo del tratamiento de exposición (62).

Respecto a la elección del tratamiento, repetir, que la terapia de exposición está considerada como el tratamiento de elección de las fobias específicas. Para los pacientes que presentan dificultades para iniciar la exposición, el tratamiento con benzodiazepinas a dosis moderadas puede mejorar el cumplimiento de la terapia de conducta. Las benzodiazepinas pueden mejorar también la capacidad funcional más rápidamente en los casos más deteriorados por las conductas de evitación. Estos medicamentos también pueden ser útiles para pacientes con fobias graves a situaciones en las que raramente se va a encontrar o a las que es poco práctico exponerse regularmente en vivo. En general, lo mejor es posponer el tratamiento con otras medicaciones hasta que no se haya intentado algún tipo de psicoterapia que debería incorporar técnicas conductuales específicas.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ginebra, 1992.
2. Ayuso Gutiérrez JL. Trastornos de Angustia. Martínez Roca SA. Barcelona, 1988.
3. Ayuso Gutiérrez JL. Trastornos Fóbicos. En: Manual de Psiquiatría. Jose Luis Ayuso Gutiérrez y Luis Salvador Carulla (Eds.). Interamericana. McGraw-Hill. Madrid 1994; 1: 179-191.
4. Freud S. Obras completas (4ª Edición). Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1981.
5. Kraepelin E. Introducción a la Clínica Psiquiátrica. Ediciones Nieva. Madrid, 1988.
6. Bleuler E. Tratado de Psiquiatría. Espasa Calpe. Madrid, 1967.
7. Marks L, Lader M. Anxiety states (anxiety neurosis): a review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1973; 156: 3-18.
8. Emmelkamp P, Kuipers, A. Agoraphobia: a follow up study four years after treatment. *Br J of Psychiatry* 1979; 134: 352-355.
9. Marks I. Tratamiento de las neurosis. Martínez-Roca. Barcelona, 1986.
10. American Psychiatric Association. DSM-III. Masson, S.A. Barcelona, 1983.
11. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Masson, S.A. Barcelona, 1988.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV. Masson, S.A. Barcelona, 1995.
13. Regier DA, Boyd JM, Burke JD y cols. One-month prevalence of mental disorders in the United States based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-986.
14. Hollander E, Simcon D, Gorman JM. Trastornos de Ansiedad. En Tratado de Psiquiatría. Robert E. Hales, Stuart C, Yudofsky y John A. Talbott (Eds). Editorial Ancora, S.A. Barcelona, 1996.
15. Fyer AJ, Manuzza S, Coplan JD. Panic disorders and agoraphobia. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. Harold, I. Kaplan y Benjamín J. Willians and Wilkins. Baltimore. USA, Sadock (Eds). Volumen 1 Sexta Edición, 1995.
16. Barlow DM, Liebowitz MR. Specific phobia and social phobia. En: *comprehensive textbook of Psychiatry/IV*. Harold I. Kaplan y Benjamín J. Sadock. Baltimore U.S.A., Willians and Wilkins (Eds) Volumen 1. Sexta Edición, 1995.
17. Seligman ME. Phobias and preparedness. *Behavior Therapy* 1971; 2: 307-320.
18. Liebowitz MR, Quitkin FM, Stewart JW y cols. Phenelzine versus imipramine in atypical depression: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 469-477.
19. Lellot P, Marks I, McNamee G y cols. Onset of panic disorder with agoraphobia: toward an integrated model. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1000-1004.
20. Eaton WV y Keyl PM. Risk Factors for the onset of Diagnostic Interview Schedule/DSM-III agoraphobia in a prospective, population-based study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 819-824.
21. Reich J, Noyes R, Yates W. Anxiety symptoms distinguishing social phobia from panic and generalized anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176: 510-513.
22. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS y cols. DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 172-179.
23. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HV y cols. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 159-168.
24. Thorpe G, Burns S. The agoraphobic syndrome. Jhon Wiley Chichester, 1983.

25. Amies PL, Golder MG, Shaw PM. Social phobia a comparative clinical study. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 174-179.
26. Mullaney J, Trippett C. Alcohol dependencia and phobias: Clinical description and relevance. *Br J Psychiatry* 1979; 135: 563-573.
27. Marks J. Fears and phobias. Academic New York, 1969.
28. Ballenger JC, Lydiard RB, Turner SM. Panic Disorder and Agoraphobia. En *treatment of Psychiatric Disorders*. Segunda Edición. Glen O. American Psychiatric Press. Washington. USA. Gabbard Editor 1995; 2: 1421-1452.
29. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 1964; 5: 397-408.
30. Lydiard RB, Ballenger JC. Antidepressants in panic disorders and agoraphobia. *J Affect Disord* 1987; 13: 153-168.
31. Mavissakalian MR, Hichelson L, Dealy RS. Pharmacological treatment of agoraphobia: Imipramine versus imipramine with program practice. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 348-355.
32. Mavissakalian MR, Perel JM. Imipramine dose-response relationship in panic disorder with agoraphobia: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 127-131.
33. Mavissakalian MR, Perel JM. Clinical experiments in maintenance and discontinuation of imipramine therapy in panic disorder with agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 318-323.
34. West ED, Daily PJ. Effects of Imipramine in depressive syndromes. *BMJ* 1959; 1: 1491-1494.
35. Liebowitz MR, Quitki FM, Stewart JW y cols. Antidepressant specificity in atypical depression. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 129-137.
36. Van Uliet IM, Vander Boer JA, Westenberg HG y cols. A double blind comparative study of Brofaromina and Fluvoxamine in outpatients with panic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 299-306.
37. Black DW, Wesner R, Bowers W y cols. A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy and placebo in the treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 44-50.
38. Ballenger JC, Burrows GD, DuPont RL y cols. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial: efficacy in short-term treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 413-422.
39. Cross National Collaborative Panic Study Second Phase Investigators. Drug treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 191-202.
40. Tesar GE, Rosebaum JF, Pollack MM y cols. Double blind placebo-controlled comparison of Clonazepam and Alprazolam for panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 69-76.
41. Pecknold J, Luthe L, Munjack D y cols. A double-blind, placebo-controlled, multicenter study with Alprazolam and Extended-Release Alprazolam in the treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14: 314-321.
42. Fyer AJ, Liebowitz MR, Gorman JM y cols. Discontinuation of Alprazolam treatment in panic patients. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 303-308.
43. American Psychiatric Association. Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse: A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington, DC. 1990.
44. Munjack DJ, Crocker B, Cabe D y cols. Alprazolam, Propanolol and placebo in the treatment of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *J Clin Psychopharmacol* 1989; 9: 22-27.
45. Robinson DR, Shirotriya RC, Alms DR y cols. Treatment of panic disorder: nonbenzodiazepine anxiolytics, including buspirone. *Psychopharmacol. Bull* 1989; 25: 25-26.
46. Schneier FR, Marshall RD, Street L y cols. Social Phobia and Specific Phobias. En: *Treatments of Psychiatric Disorders*. Segunda Edición. Glen O. Gabbard (Ed.). Washington. USA, American Psychiatric Press 1995; 2: 1453-1475.
47. Marshall RD, Schneier FR, Fallon BA y cols. Medication Therapy for Social Phobia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55: (suplemento): 33-37.
48. Chambless DL, Gillis MM. Cognitive therapy of anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 248-260.
49. Heimberg RG. Specific issues in the cognitive-behavioral treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (suplemento): 36-45.
50. Al-Kubaisy T, Marks IM, Loosdall S y cols. Role of exposure homework in phobia reduction: a controlled study. *Behavior Therapy* 1992; 23: 599-621.
51. Barlow DM. Anxiety and its disorders. New York. Guilford, 1988.
52. Mattick RP, Peters L, Clarke JC. Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy* 1989; 20: 3-23.
53. Katznick DJ, Kobak, KA, Greist JH y cols. Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1368-1371.
54. Jefferson JW. Social phobia: a pharmacologic treatment overview. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (suplemento 5): 18-24.
55. Kelsey JE. Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacol. Bull* 1995; 31: 767-771.
56. Van Ameringen M, Mancini C, Wilson C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *J Affect Disord* 1996; 39 (2): 115-121.
57. Wolpe J, Lang PJ. Fear Survey Schedule. San Diego CA. Educational and Industrial Testing service, 1969.
58. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM y cols. Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986; 24: 1-8.
59. Campos PE, Salyom I, Koelink A. The effects of timold. Malente on subjective and physiological components of air travel phobia. *Can J Psychiatry* 1984; 29: 570-574.
60. Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG. Treatment of phobias. 1: comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 125-138.
61. Marks IM, Viswanathan R, Lipsedge MS, cols. Enhanced relief of phobias by flooding during waning diazepam effect. *Br J Psychiatry* 1975; 121: 443-506.
62. Bermardt MW, Silvertone T, Singleton W. Behavioral and subjective effects of beta adrenergic blockade in phobic subjects. *Br J Psychiatry* 1980; 137: 452-457.