

MANUAL DE ESQUEMAS

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

ISBN: 978-84-945772-6-0

© José Luis Fernández Fernández

© Este material es único y exclusivo de (PIRES)

Octubre 2016

ÍNDICE

PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA	7
SALUD.....	211
INFANTIL.....	263
TERAPIAS	323
EXPERIMENTAL, DISEÑOS Y PSICOMETRÍA.....	353
EVALUACIÓN.....	379
SOCIAL Y ORGANIZACIONES.....	401
PSICOBIOLOGÍA Y FARMACOLOGÍA	415
EVOLUTIVA Y EDUCACIÓN	439
DIFERENCIAL Y PERSONALIDAD.....	453
BÁSICA.....	471
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	495

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición en vivo e interoceptiva. ▪ Re-entrenamiento en respiración u otro procedimiento de desactivación fisiológica. ▪ Relajación aplicada. ▪ Habilidades de afrontamiento.
PE	Farmacoterapia: antidepresivos o BNZ (Alprazolam)
FE	

FOBIA ESPECÍFICA

Los criterios diagnósticos propuestos por el **DSM-5** para la **fobia específica** son casi idénticos a los del DSM-IV-TR. En el **DSM-5 desaparece** el hecho de que “la persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional” (Criterio C del DSM-IV-TR) y, sin embargo, se mantiene el criterio por el cual la ansiedad es desproporcionada teniendo en cuenta la situación.

Fobia específica (DSM-IV-TR)	Fobia específica (DSM-5)
<p>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).</p> <p>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 o más o menos relacionada con una situación determinada. <i>Nota:</i> En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.</p> <p>C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.</p> <p>D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.</p> <p>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.</p> <p>F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.</p> <p>G. 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.</p> <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo animal ▪ Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua) ▪ Tipo sangre-inyecciones-daño → patrón difásico. ▪ 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). 	<p>A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (ej.: volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizado o aferrarse.</p> <p>B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.</p> <p>C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.</p> <p>E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente 6 o más meses.</p> <p>F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas típicos de pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).</p> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Animal (ej.: arañas, insectos, perros). ▪ Entorno natural (ej.: alturas, tormentas, agua). ▪ Sangre-inyección-herida (ej.: agujas, procedimientos médicos invasivos). ▪ Situacional (ej.: avión, ascensor, sitios cerrados). ▪ Otra (ej.: situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej.: ruidos o personajes disfrazados).

Tipos de fobias específicas y situaciones y consecuencias temidas

(Adaptado de Vallejo Pareja M. Ángel "Manual de Terapia de Conducta Tomo I, 2012)

TIPO DE FOBIA TEMIDA Y SITUACIÓN TEMIDA	CONSECUENCIAS TEMIDAS
<p>ANIMAL</p> <p>Animales diversos: perros, serpientes, arañas, insectos, gatos, ratas, ratones y pájaros.</p>	<p>Daño causado por el animal, perder el control, hacer el ridículo, hacerse daño al intentar escapar, tener un ataque cardíaco o, incluso, morir de miedo.</p>
<p>AMBIENTE NATURAL</p> <p>Tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad.</p>	<p>Sufrir un daño o morir, perder el control. Las personas con fobias a las alturas pueden temer también el mareo.</p>
<p>SANGRE/INYECCIONES/DAÑO CORPORAL</p> <p>Visión de sangre, recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasoras, análisis de sangre, ver o hablar de intervenciones quirúrgicas, hospitales, ambientes médicos y dentales, instrumental médico y olores de medicinas.</p>	<p>Desmayos, perder el control, ataque de pánico, azoramiento o ridículo y posible daño debido al pinchazo, a que la aguja se parta y quede dentro o a la intervención sobre las sensaciones físicas experimentadas (mareo, náuseas).</p>
<p>SITUACIONAL</p> <p>Transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, volar en avión, coches (conducir o viajar), lugares cerrados.</p>	<p>Claustrofobia: asfixiarse, no poder moverse, no poder salir de un sitio, volverse loco, perder el control, ataque de pánico.</p> <p>Conducir: accidente, quedar herido, quedar atrapado en un atasco, atropellar a alguien, ser objeto del enfado de otros conductores, ataque de pánico, infarto, desmayarse.</p> <p>Avión: accidente, estar encerrado, sensaciones molestas, gritar, volverse loco, desmayarse, infarto, ataque de pánico, "montar un número".</p>
<p>OTRO TIPO</p> <p>Situaciones que pueden llevar a atragantarse, vomitar o adquirir una enfermedad (SIDA, cáncer, etc.), la fobia a los espacios (miedo a caerse si no se está cerca de paredes o de medios de sujeción) y los miedos de los niños a los ruidos fuertes y a las personas disfrazadas.</p>	

CARACTERÍSTICAS DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS (DSM-5)

- **Especificadores:** El individuo con fobia específica teme a un promedio de tres objetos o situaciones, y aproximadamente el 75 % temen a más de una situación u objeto.
- **Prevalencia:** en EEUU, la prevalencia anual de la fobia específica entre la población general es del 7-9 % aproximadamente. Las tasas de prevalencia en los países europeos son en gran medida similares a las de EEUU. Las tasas de prevalencia son de aproximadamente el 5 % en los niños y del 16 % entre los de 13 a 17 años de edad. Las tasas de prevalencia son más bajas en las personas mayores (alrededor de 3-5 %). Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones en una proporción aproximada de 2:1, aunque las tasas varían en función de los distintos estímulos fóbicos: las fobias específicas a los animales, al entorno natural y situacionales se presentan predominantemente en las mujeres, mientras que la fobia específica a la sangre-inyección-herida se produce de una forma casi similar en ambos sexos.
- **Desarrollo y curso:**
 - En ocasiones, se desarrolla tras un acontecimiento traumático, la observación de otros individuos que sufren traumatismos, una crisis de pánico inesperada en una situación que se convertirá en temida o la transmisión de informaciones, sin embargo, mucha persona con fobia específica son incapaces de recordar la razón concreta por la aparecieron sus fobias.
 - Generalmente se desarrolla en la primera infancia, la mayoría de las veces antes de los 10 años. Suele aparecer entre los 7 y los 11 años, siendo la edad media unos 10 años. Las fobias específicas situacionales presentan una edad de inicio más tardía que las fobias específicas del entorno natural, animal o a la sangre-inyección-herida.
 - Las que se inician en la infancia y la adolescencia suelen sufrir altibajos durante ese periodo. Sin embargo, las fobias que persisten en la edad adulta rara vez suelen remitir.
 - Aunque la mayoría de las fobias específicas se desarrollan en la infancia y la adolescencia, se pueden desarrollar a cualquier edad, a menudo como resultado de experiencias traumáticas.

- **Factores de riesgo y pronóstico:**
 - **Temperamentales:** Los factores de riesgo temperamentales para la fobia específica, como la afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual, son también factores de riesgo para otros trastornos de ansiedad.
 - **Ambientales:** los factores de riesgo ambientales para las fobias específicas, como la sobreprotección de los padres, la pérdida de los padres, la separación, el maltrato físico y los abusos sexuales, tienden a predecir también otros trastornos de ansiedad. A veces (pero no siempre) las exposiciones negativas o traumáticas al objeto o situación temida preceden al desarrollo de la fobia específica.
 - **Genéticos y fisiológicos:** puede haber una susceptibilidad genética a una determinada categoría de fobia específica. Las personas con fobia a la sangre-inyección-herida muestran una tendencia singular para el síncope vasovagal (desmayo) en presencia del estímulo fóbico.
- **Riesgo de suicidio:** los sujetos con fobia específica tienen un 60 % más de probabilidades de cometer intentos de suicidio que las personas no diagnosticadas. Sin embargo., es probable que estas tasas elevadas se deban principalmente a la comorbilidad con los trastornos de la personalidad y otros trastornos de ansiedad.
- **Comorbilidad:** la fobia específica es poco frecuente en los ambientes médicos o clínicos en ausencia de otra psicopatología, y se ve con más frecuencia en los entornos no médicos relacionados con la salud mental. La fobia específica se asocia especialmente a la depresión en las personas mayores. Debido a su aparición temprana, la fobia específica es clásicamente un trastorno temporal primario. Las personas con fobia específica tienen mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, entre los que están los demás trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos por consumo de sustancias, los síntomas somáticos y trastornos relacionados, y los trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno de la personalidad dependiente).

TRATAMIENTO DE LA FOBIAS ESPECÍFICAS	
BE	Exposición en vivo (EV): tratamiento de elección.
PE	Terapia cognitivo-conductual: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento en una sola sesión de Öst: EV (prolongada, sin escape y gradual) combinada con modelado participante. Duración: un día, 2 horas. Los pacientes deben estar motivados para tolerar niveles altos de ansiedad. ▪ Tensión aplicada para el tratamiento de fobia sangre-daño de Öst y Sternet: tensión de grandes grupos musculares y exposición a EE fóbicos.
FE	Exposición por realidad virtual.

Tratamientos eficaces para diversos tipos de FOBIAS ESPECÍFICAS (Tomado y adaptado de Vallejo Pareja, M. A. (2012). Manual de Terapia de Conducta.

TRATAMIENTO	FOBIAS PARA LAS QUE ES EFICAZ
Exposición en vivo	Animales, alturas, lugares cerrados, volar en avión, sangre, inyecciones, intervenciones dentales, agua, tormentas y relámpagos, globos, atragantamiento.
Modelado participante	Para las mismas que la exposición en vivo.
Tratamiento en una sola sesión (incluye modelado y exposición en vivo planteada como experimentos conductuales).	Animales, sangre, inyecciones, intervenciones dentales, volar, claustrofobia (siempre que sean monosintomáticas).
Exposición mediante realidad virtual	Alturas, volar, arañas, claustrofobia.
Exposición en vivo + respiración y/o relajación	Volar, dental.
Exposición en vivo + reestructuración cognitiva	Volar, alturas, claustrofobia (resultados parecen mejores que con sólo exposición en vivo).
Terapia cognitiva	Claustrofobia, fobia dental.
Tensión con o sin aplicación	Sangre/inyecciones/daño.
Relajación aplicada	Fobia dental.
Exposición interoceptiva	Claustrofobia.

FOBIA SOCIAL

Fobia social (DSM-IV-TR)	Fobia social (DSM-5)
<p>A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a 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. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no solo en cualquier interrelación con un adulto.</p> <p>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 o más o menos relacionada con una situación. 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.</p> <p>C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.</p> <p>D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.</p> <p>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.</p> <p>F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.</p> <p>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, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).</p> <p>H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).</p> <p>Especificar si: Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).</p>	<p>A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (ej.: mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (ej.: comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (ej.: dar una charla). Nota: en los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.</p> <p>B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).</p> <p>C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizado, aferrarse, encogerse o el fracaso a hablar en situaciones sociales.</p> <p>D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.</p> <p>F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente 6 ó más meses.</p> <p>G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej.: una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.</p> <p>I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.</p> <p>J. Si existe otra afección médica (ej.: enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.</p> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Solo actuación: si el miedo se limita a hablar o a actuar en público.

CARACTERÍSTICAS DE LA FOBIA SOCIAL (DSM-5)

- **Características asociadas:** los individuos con trastorno de ansiedad social pueden ser inadecuadamente asertivos o excesivamente sumisos, o, con menor frecuencia, ejercer un gran control sobre las conversaciones. Pueden mostrar posturas corporales excesivamente rígidas o un contacto ocular inadecuado, o hablar con una voz demasiado suave. Estos individuos pueden ser tímidos o retraídos y pueden ser poco abiertos en las conversaciones o hablar poco acerca de sí mismos. Pueden buscar empleo en puestos de trabajo que no requieran entablar contactos sociales, aunque no sea este el caso de los individuos con trastorno de ansiedad social solo de actuación. Estas personas pueden vivir en la casa familiar durante más tiempo. Los varones pueden demorarse a la hora de casarse y crear una familia, mientras que las mujeres con deseos de trabajar fuera de casa pueden acabar viviendo como amas de casa y madres. Es común la automedicación con sustancias. La ansiedad social entre los adultos mayores también puede incluir la exacerbación de los síntomas de enfermedades médicas, tales como aumento del temblor o taquicardia. El rubor es una respuesta física característica del trastorno de ansiedad social.
- **Prevalencia:** en EEUU, la prevalencia estimada anual es de aproximadamente el 7 %. En gran parte del mundo se observan cifras menores de prevalencia estimada anual utilizando el mismo instrumento diagnóstico, agrupándose en torno al 0,5 - 2,0 %; la prevalencia media en Europa es del 2,3 %. Las tasas de prevalencia anual en los niños y los adolescentes son comparables a las de los adultos. La tasa de prevalencia disminuye con la edad. La prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 al 5 %. En general, en la población general se han encontrado cifras más altas del trastorno de ansiedad social en las mujeres que en los varones (con *odds ratios* que oscilan entre 1,5 y 2,2), y la diferencia entre géneros es más marcada en los adolescentes y los adultos jóvenes. En la población clínica, las cifras de prevalencia según el género son similares o ligeramente más altas en los varones.
- **Desarrollo y curso:**
 - La edad media de inicio del trastorno de ansiedad social en EEUU es de 13 años, y el 75 % de los individuos tiene una edad de inicio entre los 8 y 15 años. En estudios de EEUU y Europa se observa que el trastorno a veces emerge a partir de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia. También puede ocurrir en la primera infancia.
 - El inicio de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o puede surgir de forma lenta e insidiosa.
 - Los adolescentes manifiestan un patrón más amplio de miedo y evitación, incluidas las citas amorosas, en comparación con los niños más pequeños.
 - Los adultos mayores expresan niveles de ansiedad " social más bajos, pero en una amplia gama de situaciones, mientras que los adultos más jóvenes expresan mayores niveles de ansiedad social en situaciones específicas.
 - En las personas mayores, la ansiedad social puede deberse a una discapacidad debido a una disminución del funcionamiento sensorial, a vergüenza a causa del aspecto, del funcionamiento debido a afecciones médicas, incontinencia o deterioro cognitivo.
 - En la comunidad, aproximadamente el 30 % de las personas con trastorno de ansiedad social experimenta remisión de los síntomas en 1 año, y en torno al 50 % experimenta remisión en unos pocos años. Para aproximadamente el 60 % de las personas que no recibe un tratamiento específico para la fobia social, el curso va a ser de varios años o más.
- **Factores de riesgo y pronóstico:**
 - **Temperamentales:** los rasgos subyacentes que predisponen a las personas al trastorno de ansiedad social son la inhibición del comportamiento y el miedo a la evaluación negativa.
 - **Ambientales:** no se evidencia un papel causal del maltrato infantil u otro factor de adversidad psicosocial de aparición temprana en el desarrollo del trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social.
 - **Genéticos y fisiológicos:** los rasgos que predisponen a la ansiedad social, tales como la inhibición conductual, están altamente influenciados genéticamente. La influencia genética está sujeta a la interacción gen-ambiente, así, los niños con alta inhibición conductual son más susceptibles a las influencias ambientales, como el modelado de la ansiedad social por los padres. Además, el trastorno de ansiedad social es hereditario. Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener trastorno de ansiedad social, y esta predisposición supone una interacción entre trastornos genéticos específicos e inespecíficos.

- **Según el género:** las mujeres con trastorno de ansiedad social refieren un mayor número de miedos sociales y trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad comórbidos, mientras que los varones son más propensos a temer a las citas, a tener un trastorno negativista desafiante o un trastorno de conducta y al uso de alcohol y drogas para aliviar los síntomas del trastorno. La paruresis es más común en los varones.
- **Comorbilidad:** es a menudo comórbido con otros trastornos de ansiedad, con el trastorno depresivo mayor y con los trastornos por consumo de sustancias, la aparición del trastorno de ansiedad social, en general, precede a la de los otros trastornos, a excepción de la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. El aislamiento social crónico en el curso del trastorno de ansiedad social puede provocar un trastorno depresivo mayor. El trastorno de ansiedad social es comórbido con frecuencia con el trastorno dismórfico corporal o el trastorno bipolar. La forma más generalizada del trastorno de ansiedad social, pero no del trastorno de ansiedad social solo de actuación, es a menudo comórbida con el trastorno de la personalidad evitativa. En los niños es frecuente la comorbilidad con el autismo de alto funcionamiento y el mutismo selectivo.

TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL

BE	<p>Exposición en vivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El objetivo es que el paciente entre en contacto activamente con las situaciones que evita y que permanezca hasta que la ansiedad decrezca. ▪ Las sesiones de exposición son difíciles de programar, pues son situaciones variables, impredecibles y las situaciones evitadas suelen ser de corta duración, no se pueden hacer sesiones largas. ▪ Se programan sesiones cortas pero repetidas. ▪ Se enseña a aprovechar las oportunidades de la vida cotidiana para practicar en la exposición diversas veces al día. ▪ Fijar tareas rígidas y demasiado estructuradas no ayuda al fóbico. ▪ La explicación clara de cómo se origina el problema y la necesidad de la aceptación de un cierto grado de incertidumbre en las relaciones sociales, si ayuda al fóbico.
PE	<p>Terapia cognitivo-conductual + antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento cognitivo: TRE de Ellis y TC de Beck. ▪ Tratamiento farmacológico: ISRS o IMAO. <p>Entrenamiento en habilidades sociales → si carece de habilidades instrumentales básicas: observación, escucha, expresión verbal y gestual, etc. Consta de: instrucciones, modelado, ensayos de conducta, retroalimentación, reforzamiento y tareas para casa. Eficacia similar a la exposición, sobre todo cuando la fobia social de tipo generalizado se da junto con el Trastorno de personalidad por evitación.</p>
FE	<p>Farmacoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los beta-bloqueantes adrenérgicos (atenolol, propanolol), utilizados también como antihipertensivos, se recomiendan principalmente para el tratamiento de las <u>fobias sociales específicas, debido a que suprimen los síntomas periféricos de activación autónoma</u>, como la aceleración cardíaca, la sudoración y la hiperventilación, aumentando la confianza del paciente para afrontar las situaciones fóbicas (Cía, 2004; Echeburúa, 1996). Sin embargo, estos psicofármacos no parecen ser efectivos para disminuir la ansiedad anticipatoria (Scott y Heimberg, 2000). ▪ Las benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam, bromacepan), utilizados contra otros trastornos de ansiedad, se teme que puedan generar dependencia. Además pueden generar efectos secundarios, incluyendo sedación excesiva, dificultades de concentración, problemas sexuales (disminución de la libido y anorgasmia), problemas de coordinación y problemas de memoria. ▪ Los antidepresivos que se han utilizado para la fobia social son los inhibidores de la monoaminoxidasa (tranilcipromina, fenelzina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram) (Acheburúa, 1996; Scott y Heimberg, 2000).

Tratamiento de elección: TCC = EXPOSICIÓN + EHS + REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Lo que caracteriza a los pacientes con ansiedad generalizada, es decir, lo que podía constituir la sintomatología primaria, era la "expectativa de aprensión" o preocupación, crónica y bastante inespecífica, relacionada con múltiples circunstancias de la vida

Tipos de preocupaciones (Duglas y Ladouceur):

- **Problemas inmediatos anclados en la realidad y modificables** → conflictos interpersonales, puntualidad, etc.
- **Problemas inmediatos anclados en la realidad e inmodificables** → enfermedad crónica, crisis mundial, etc.
- **Acontecimientos muy improbables e inmodificables** → arruinarse, caer enfermo.

Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV-TR)

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que **se prolongan más de 6 meses**.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. **La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).**
 Nota: **En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:**
 1. Inquietud o impaciencia
 2. Fatigabilidad fácil
 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 4. Irritabilidad
 5. Tensión muscular
 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Los criterios diagnósticos propuestos para la ansiedad generalizada en el **DSM-5** son prácticamente los mismos que los del DSM-IV-TR. Las diferencias encontradas en el DSM-5 son:

- En "Nota: en los niños solo se requiere uno de estos síntomas" el punto 1 en el DSM-5 se define como "Inquietud o sensación de estar atrapado con los nervios de punta".

Cambio de orden de algunos criterios diagnósticos: pasando el criterio (D) del DSM-IV-TR a ser el (F) en el DSM-5, el (F) del DSM-IV-TR a ser el (E) del DSM-5 y el (E) del DSM-IV-TR a ser el (D) en el DSM-5.

Edad de comienzo y epidemiología del TAG (fuente, Vallejo Pareja M. A., Manual de Terapia de Conducta, 2012)

EDAD DE COMIENZO

- La mitad de los clientes con TAG informan de un **comienzo en la infancia y adolescencia**, aunque un inicio después de los 20 años no es raro.
- En **muestras clínicas**: edad media de comienzo oscila entre **20 y 25 años** (Brown y cols., 2001; Gosselin y Laberge, 2003).
- En **estudios epidemiológicos**, parece ser que el TAG no parece comenzar a una edad temprana, la edad media fue **31 años**.
- El TAG es menos frecuente a partir de los 60 años.
- En estudios con niños y adolescentes, la edad de comienzo oscila entre los **11 y 13,5 años**.
- El curso del trastorno es **crónico con fluctuaciones** dependientes de la presencia o ausencia de periodos de estrés.