

- PSICOLOGIA, CIENTIFICA.COM

- **Autor**

- **José Gutiérrez Maldonado**  
Universidad de Barcelona

## Agorafobia y trastorno de ansiedad

La característica principal de la agorafobia es el trastorno de [ansiedad](#) ante situaciones en las que sea difícil o embarazoso escapar. También las que no sea posible recibir ayuda en caso de sufrir una crisis de pánico o síntomas similares a los que se producen en estas crisis.

Las situaciones típicas ante las que se presenta agorafobia son estar solo lejos de casa, entre una multitud, sobre un puente, en un ascensor o viajando en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones se deben evitar; si no hay más remedio que afrontarlas, el sujeto siente miedo muy intenso que puede reducirse notablemente si está acompañado.

Para diagnosticar alguno de los dos tipos de agorafobia (con o sin historia de crisis de pánico), la evitación no debe limitarse a una o unas pocas situaciones. En tal caso se trataría de fobia específica, o a situaciones exclusivamente sociales (fobia social). También debe distinguirse del trastorno obsesivo-compulsivo, donde puede darse, por ejemplo, una intensa tendencia a evitar la suciedad en personas con obsesiones sobre contaminación.

Por otro lado, los estímulos que se evitan no deben ser señales de (o estar relacionados de alguna manera con) un suceso traumático, como ocurre en el trastorno por estrés postraumático, ni con el abandono de hogar o la separación de familiares, como en el trastorno de ansiedad por separación.

En la gráfica se encuentran las principales situaciones evitadas en los sujetos con agorafobia. Trabajo de Marks (1969) realizado sobre 900 sujetos con agorafobia.

## Trastornos de pánico y agorafobia

Los dos trastornos por ansiedad en los que se presenta la agorafobia son los trastornos por pánico con agorafobia y la agorafobia sin historia de crisis de pánico.

Para el diagnóstico del primero, además de cumplirse los criterios de la agorafobia. Deben producirse crisis de pánico recurrentes. Además, una o más de estas crisis debe ser seguida por un intervalo de, al menos, un mes con preocupación persistente acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis o de sus consecuencias, o un cambio significativo en el comportamiento. Estas crisis de pánico no han de ser consecuencia directa de los efectos fisiológicos de alguna sustancia. Tampoco producirse en el marco de otro trastorno mental.

En la agorafobia sin historia de crisis de pánico el temor no se produce ante la posibilidad de sufrir crisis de pánico completas sino ante la posibilidad de sufrir las denominadas crisis de pánico limitadas.

En las crisis de pánico limitadas aparecen alguno o algunos de los síntomas descritos en las crisis de pánico, pero no se cumplen los criterios completos para su diagnóstico.

Además de respecto al trastorno por pánico con agorafobia, el diagnóstico diferencial debe hacerse en relación con las fobias sociales o específicas. Con el trastorno obsesivo-compulsivo y con el trastorno de ansiedad por separación de la manera indicada anteriormente. También debe descartarse el trastorno depresivo mayor. En este trastorno el sujeto puede evitar salir de casa debido a apatía, pérdida de energía o anhedonia. El trastorno delirante, en el que pueden aparecer temores persecutorios. Asimismo, hay que diferenciar la evitación que aparece en la agorafobia sin historia de crisis de pánico; en estas la evitación de determinadas situaciones es realista (ejemplo, algunas enfermedades, por temor a sufrir diarreas u otro síntoma embarazo).

## **Prevalencia de la agorafobia**

El trastorno por pánico con agorafobia es diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres con trastorno de ansiedad. Aproximadamente entre un tercio y la mitad de las personas con crisis de pánico son diagnosticadas también con agorafobia. La prevalencia de la agorafobia sin historia de crisis de pánico es mayor que la del trastorno por pánico con agorafobia. Aunque se ha encontrado que al revisar el diagnóstico de sujetos con agorafobia sin crisis de pánico, en un elevado número de casos lo que se encuentra realmente son fobias específicas.

La agorafobia puede desarrollarse en cualquier momento, pero su inicio se presenta habitualmente durante el primer año de la ocurrencia de crisis de pánico repetidas. La evolución de la agorafobia en relación con el curso de las crisis de pánico es variable. En algunos casos la disminución de la frecuencia de las crisis se acompaña de una disminución de la evitación agorafóbica. Pero en otros la agorafobia deviene crónica independientemente de la presencia o ausencia de las crisis de pánico.

Además de cumplirse los criterios de la agorafobia, deben producirse:

- Crisis de pánico recurrentes.
- Una o más crisis recurrentes debe ser seguida por un intervalo de, al menos, un mes.
- Preocupación persistente acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis o de sus consecuencias.
- Cambio significativo en el comportamiento.

Estas crisis de pánico no han de ser consecuencia directa de los efectos fisiológicos de alguna sustancia ni producirse en el marco de otro trastorno mental. El trastorno por pánico con agorafobia es diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Aproximadamente entre un tercio y la mitad de las personas con crisis de pánico son diagnosticadas también con agorafobia.

## **Datos epidemiológicos**

Se ha observado que los parientes de primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen una probabilidad hasta siete veces mayor de sufrir el mismo trastorno que la población general. En estudios con gemelos indican que existe una contribución genética a su desarrollo.

Los datos epidemiológicos indican una prevalencia a lo largo de la vida entre un 1.5 % y un 3.5 %. El trastorno se ha encontrado en diferentes entornos culturales en todo el mundo, y con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

# Agorafobia sin historia de crisis de pánico

La característica principal de la agorafobia es la [ansiedad ante situaciones en las que sea difícil o embarazoso escapar](#). También cuando no sea posible recibir ayuda en caso de sufrir una crisis de pánico o síntomas similares a los que se producen en estas crisis.

Las situaciones típicas ante las que se presenta agorafobia son:

- Estar solo lejos de casa.
- Entre una multitud.
- Sobre un puente.
- En un ascensor.
- Viajar en autobús, tren o automóvil.

Estas situaciones son evitadas en la medida de lo posible; si no hay más remedio que afrontarlas, el sujeto siente miedo muy intenso que puede reducirse notablemente si está acompañado.

En la agorafobia sin historia de crisis de pánico el temor no se produce ante la posibilidad de sufrir crisis de pánico completas sino ante la posibilidad de sufrir las denominadas crisis de pánico limitadas. En las crisis de pánico limitadas aparecen alguno o algunos de los síntomas descritos en las crisis de pánico, pero no se cumplen los criterios completos para su diagnóstico.

## Importancia del diagnóstico diferencial

Además de respecto al trastorno por pánico con agorafobia, el diagnóstico diferencial debe hacerse en relación con las fobias sociales o específicas, con el trastorno obsesivo-compulsivo y con el trastorno de ansiedad por separación. También debe descartarse el trastorno depresivo mayor, en el que el sujeto puede evitar salir de casa debido a apatía, pérdida de energía o anhedonia, y el trastorno delirante, en el que pueden aparecer temores persecutorios.

Asimismo, hay que diferenciar la evitación que aparece en la agorafobia sin historia de crisis de pánico de la que se produce en ciertas condiciones médicas generales; en estas la evitación de determinadas situaciones es realista (por ejemplo, en algunas enfermedades generales, por temor a sufrir diarreas u otro tipo de síntomas que pueden resultar embarazosos). La prevalencia de la agorafobia sin historia de crisis de pánico es mayor que la del trastorno por pánico con agorafobia, aunque se ha encontrado que al revisar el diagnóstico de sujetos con agorafobia sin crisis de pánico, mediante entrevistas estructuradas, en un elevado número de casos lo que se encuentra realmente son fobias específicas.

---

## Referencia

Marks, I.M. (1969). *Fears and Phobias*. Londres: William Heineman.

---

## Autor

**José Gutiérrez Maldonado**  
Universidad de Barcelona

