

MÓDULO III

Diagnóstico

Para diagnosticar una fobia específica, se requiere la presencia de un miedo irracional asociado con un objeto o situación específica, la evitación del objeto o situación, la persistencia del miedo con el tiempo y la presencia de angustia o deterioro clínicamente significativo asociado con el miedo o la evitación. Asimismo, el requisito de que el individuo reconozca su fobia como irrazonable resalta la importancia de disponer de información sobre la condición, lo que sugiere que los métodos de evaluación, ya sea a través de entrevistas clínicas o autoinformes en encuestas realizadas por un entrevistador, son probablemente medios válidos para el diagnóstico.

Las fobias específicas, en concreto, pueden identificarse con solo unas pocas preguntas. Por ejemplo, en el programa de entrevistas de diagnóstico de la tercera edición revisada, utilizado en estudios como el de la Encuesta Epidemiológica de la Comunidad [Community Epidemiological Survey, ECA, en inglés], se plantea inicialmente sobre la presencia de miedo y evitación, como en el caso de la fobia a la sangre o a las inyecciones, donde se pregunta: "¿Alguna vez has sentido un miedo irracional al ver sangre, recibir una inyección o ir al dentista que te haya llevado a evitarlo?". Luego, se consulta sobre la persistencia de estos temores durante un período prolongado, seguido por una serie de preguntas sobre la angustia o discapacidad asociada, como buscar atención médica, tomar medicamentos o ausentarse del trabajo [Eaton et al., 2018].

Diagnóstico diferencial

Es importante determinar qué tipo de trastorno de ansiedad presenta un determinado paciente para poder establecer un adecuado manejo psicológico y el esquema farmacológico más pertinente en caso de ser necesario. Por lo que para establecer el diagnóstico de fobia específica se debe seguir los siguientes criterios diagnósticos según la guía de consulta de criterios diagnósticos del DSM-5:

- A.** Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. Ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
- B.** El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C.** El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D.** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Diferencias con otros diagnósticos para considerar

- Las condiciones médicas que pueden resultar en el desarrollo de una fobia incluyen el uso de sustancias, en particular, alucinógenos y simpaticomiméticos, tumores del sistema nervioso central (SNC) y enfermedades cerebrovasculares. Sin embargo, en estas condiciones, los síntomas fóbicos son poco probables en ausencia de hallazgos adicionales en los exámenes del estado físico, neurológico y mental.
- Los pacientes con esquizofrenia también pueden presentar síntomas fóbicos. Sin embargo, los pacientes con fobia tienen una visión intacta de sus miedos irracionales y carecen de síntomas psicóticos asociados con la esquizofrenia.
- También es importante descartar el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de personalidad evitativo. Puede ser difícil distinguir la fobia específica del trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de personalidad evitativo. Sin embargo, en fobias específicas, estos pacientes tienden a experimentar ansiedad o miedo inmediatamente después de la exposición al estímulo fóbico. Además, los pacientes con fobia específica no muestran signos de miedo o ansiedad cuando no se enfrentan o no anticipan el estímulo fóbico.
- Es importante descartar otras afecciones como el trastorno de ansiedad por enfermedad (más conocido como hipocondriasis o ansiedad por la salud) el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de personalidad paranoica. Hay una sutil diferencia entre la hipocondriasis y la fobia específica. Por ejemplo, los pacientes con hipocondriasis temen tener la enfermedad, y los pacientes con fobia específica temen contraer la enfermedad. Lo mismo ocurre con la diferencia entre el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia específica. Por ejemplo, los pacientes con TOC pueden evitar los cuchillos porque tienen pensamientos compulsivos de hacer daño a sus hijos; mientras que los pacientes con una fobia específica pueden evitar los cuchillos porque temen cortarse a sí mismos. Los pacientes con trastorno de personalidad paranoico tienen miedo generalizado, que no se encuentra en pacientes con fobia específica.



Génesis de la fobia

Las fobias, al igual que otros trastornos de ansiedad, se originan a partir de tres tipos de factores principalmente: vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica. Veamos, junto con dichos factores, un ejemplo breve de casos relacionados:

Vulnerabilidad biológica: Este tipo de vulnerabilidad se refiere a una predisposición hereditaria y neurobiológica que aumenta la probabilidad de desarrollar fobias y otros trastornos de ansiedad. Una predisposición que puede manifestarse en rasgos temperamentales como la sensibilidad al estrés, la introversión y la tendencia a experimentar emociones *negativas* de manera intensa y persistente. Además, ciertas personas pueden tener un sistema nervioso autónomo más reactivo, lo que significa que son más propensas a experimentar respuestas de ansiedad intensas frente a estímulos específicos. Estos factores biológicos, influenciados por la genética y la configuración neuroquímica del individuo, contribuyen a crear una base sobre la cual se desarrollan las fobias.

Caso de L. A.:

L. A., una mujer de 30 años, ha experimentado ansiedad desde la infancia. Tiene antecedentes familiares de trastornos de ansiedad, con varios miembros de su familia que han sido diagnosticados con fobias específicas. La consultante recuerda haber sido una niña introvertida y nerviosa, con una tendencia a preocuparse fácilmente por las cosas. A medida que creció, desarrolló una fobia intensa a los espacios cerrados, particularmente a los ascensores. Y, a pesar de comprender racionalmente que los ascensores son seguros, experimenta ataques de pánico severos cuando intenta usar uno. Su respuesta de miedo parece estar fuertemente influenciada por su predisposición biológica, incluidos sus rasgos temperamentales y sus antecedentes familiares.

Vulnerabilidad psicológica generalizada: Se relaciona con las experiencias tempranas de vida y la percepción de las situaciones estresantes como impredecibles o incontrolables. Los niños que crecen en entornos familiares caracterizados por un exceso de control o una falta de apoyo emocional tienden a desarrollar una sensibilidad exagerada al estrés y una baja autoeficacia para manejar las dificultades de la vida. Patrones de crianza que pueden contribuir a la formación de una visión del mundo marcada por la ansiedad y la incertidumbre, lo que aumenta la susceptibilidad a que se produzcan fobias y otros trastornos de ansiedad en la vida adulta.

Caso de A. R.:

En este caso, el individuo, joven de 25 años, relata haber experimentado ansiedad desde la adolescencia. Sus relaciones con sus padres son tensas, ya que estos tienen expectativas poco realistas sobre él y lo critican constantemente por su desempeño tanto en la escuela como en el trabajo. El paciente reporta haber sido sobreprotegido por sus padres y haber recibido escaso apoyo emocional por parte de ellos. Igual que el caso anterior, conforme fue creciendo, desarrolló una fobia social severa, evitando activamente situaciones en las que temía ser juzgado o criticado por los demás. En este caso, es posible que la vulnerabilidad psicológica generalizada haya sido moldeada por el ambiente familiar y sus primeras experiencias de aprendizaje, dando paso al problema que le acontece.

Vulnerabilidad psicológica específica: Por último, esta forma de vulnerabilidad se centra en las experiencias de aprendizaje específicas que vinculan ciertos estímulos o situaciones con respuestas de ansiedad intensa. Por ejemplo, una persona que experimenta un evento traumático relacionado con animales puede desarrollar una fobia específica a los perros o a otros animales similares. Estas experiencias de aprendizaje, ya sea directas (como ser atacado por un perro) o indirectas (como presenciar a alguien ser atacado por un perro), pueden establecer asociaciones emocionales poderosas que persisten a lo largo del tiempo y desencadenan respuestas de ansiedad desproporcionadas en situaciones similares en el futuro.

Caso de C. E.:

C. E. es un hombre de 40 años que desarrolla una fobia específica a los perros después de ser mordido por uno cuando era niño. Aunque no experimenta ansiedad significativa en otras áreas de su vida, siente un miedo intenso y evita cualquier situación en la que pueda encontrarse con perros, incluso cruzar la calle para evitarlos. Su fobia específica se origina en esa experiencia traumática de la infancia y se mantiene a lo largo de los años debido al temor persistente y la asociación negativa con los perros.

Dos tipos de fobia según la adquisición

Antes de nada, hay que aclarar que la diferenciación entre la fobia específica no experiencial y la experiencial surge de una comprensión más profunda de los procesos de aprendizaje y condicionamiento implicados en la adquisición y mantenimiento del miedo en cada tipo de fobia. De esta manera, la fobia específica no experiencial se desencadena por estímulos que provocan miedo sin una asociación previa de aprendizaje directo o indirecto. Factores genéticos, familiares, ambientales o de desarrollo pueden contribuir a su desarrollo. Un ejemplo común es el miedo a la oscuridad en niños, que puede sensibilizarse con el tiempo, manifestándose en reacciones emocionales exageradas. Además, este tipo de fobia se caracteriza por una respuesta emocional intensa a ciertos estímulos, sin necesidad de haber experimentado previamente eventos negativos asociados con ellos.

Por otro lado, la fobia específica experiencial surge como resultado de una experiencia desafortunada, donde el individuo ha asociado un estímulo neutral con un evento aversivo, generando así una respuesta de miedo condicionada. Mismamente, alguien que sufre un ataque de pánico en un ascensor puede desarrollar una fobia específica al montar en ascensores. En este caso, el miedo se adquiere a través del condicionamiento del miedo clásico, donde una señal neutra se asocia con un evento negativo, generando una respuesta condicionada de miedo.

Las fobias específicas, ya sean experienciales o no experienciales, encuentran sus raíces en los principios fundamentales del aprendizaje humano. Por ejemplo, en el caso de la fobia específica no experiencial, la sensibilización juega un papel crucial. Este fenómeno implica una respuesta emocional exagerada ante ciertos estímulos, sin la necesidad de una experiencia previa de aprendizaje asociativo directo. Así, volviendo al ejemplo mencionado previamente, muchos niños experimentan miedo a la oscuridad, una reacción que puede intensificarse con el tiempo a medida que se exponen repetidamente a la oscuridad, incluso en ausencia de eventos traumáticos asociados. Además, la falta de habituación contribuye a la persistencia del miedo, ya que la respuesta emocional no disminuye con la exposición repetida al estímulo temido.

La fobia específica experiencial, por su parte, se basa en los principios del condicionamiento clásico y observacional. En el condicionamiento clásico, el miedo se adquiere a través de la asociación directa entre un estímulo neutro y uno aversivo. Con esto, si una persona experimenta un evento traumático mientras está cerca de un perro, es probable que desarrolle miedo a los perros en el futuro debido a esta asociación. Además, el condicionamiento observacional puede influir en la adquisición del miedo, donde la observación de las reacciones de miedo de otros hacia un estímulo particular puede inducir miedo en el observador. Por ejemplo, si un niño ve a su hermano mayor mostrar miedo extremo hacia las arañas, es probable que desarrolle su propia fobia a las arañas sin haber experimentado directamente una situación aversiva con ellas.

El proceso de mantenimiento de la fobia

La persistencia de una fobia puede ser influenciada por una serie de factores, y aunque cada caso es único, existen varios principios psicológicos que pueden explicar por qué algunas fobias se mantienen durante períodos prolongados. En primer lugar, la evitación de los estímulos temidos puede reforzar la fobia al proporcionar al individuo un alivio inmediato de la ansiedad experimentada. Este proceso de evitación puede fortalecer la creencia del paciente de que el estímulo temido es peligroso y debe ser evitado a toda costa, lo que perpetúa el ciclo de miedo y evitación.

Además, las fobias pueden persistir debido a la falta de exposición gradual y controlada a los estímulos temidos. La exposición gradual es un componente clave en el tratamiento de las fobias, ya que permite que el individuo se acostumbre gradualmente al estímulo temido, desensibilizando así su respuesta de ansiedad. Sin embargo, si la persona evita sistemáticamente cualquier situación que pueda desencadenar su fobia, es menos probable que experimente una reducción significativa en su miedo.

Otro factor importante que contribuye a la persistencia de las fobias es la presencia de creencias irracionales o distorsionadas sobre el peligro asociado con el estímulo temido. Estas creencias pueden ser difíciles de abordar sin la intervención de un profesional de la salud mental y pueden mantener la fobia incluso cuando el individuo está expuesto al estímulo temido.



Detallémoslo un poco más. La anticipación de las situaciones fóbicas conlleva la expectativa de experimentar miedo intenso, pánico e incluso asco, así como la percepción de peligro asociado con esas emociones y/o la situación temida. Esta respuesta puede variar dependiendo de diversos factores, como las características específicas del estímulo fóbico (por ejemplo, si un perro está suelto o atado, el tamaño de un avión), la sensación de control sobre la situación, la posibilidad de escapar, la presencia de señales de seguridad (como la compañía de personas de confianza) y el nivel de estrés presente en el momento.

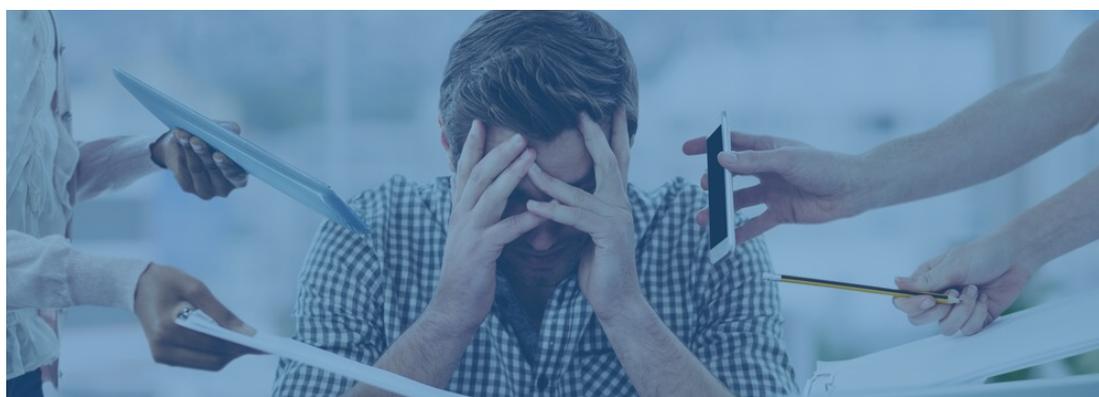


Con lo anterior, las expectativas elevadas de miedo, pánico, asco y peligro, junto con la percepción de falta de recursos para afrontar la situación, pueden conducir a la evitación de las situaciones temidas. Este comportamiento de evitación se ve reforzado negativamente ya que reduce la ansiedad y, según la percepción del individuo, evita consecuencias desagradables. Sin embargo, la evitación también puede mantener las expectativas de peligro al no permitir la verificación de la realidad de las amenazas y al interferir con actividades deseadas. Además, la fobia puede ser reforzada positivamente por la atención y el apoyo de otras personas, lo que contribuye al mantenimiento del miedo

Ahora, cuando no es posible evitar las situaciones temidas, es probable que aparezca un aumento en la atención hacia los estímulos fóbicos, lo que facilita la reacción de escape. Y, aunque la existencia de este aumento en la atención no está clara en todas las fobias, la exposición a la situación temida puede intensificar el miedo, el asco y la percepción de peligro, lo que puede provocar comportamientos defensivos como agarrar fuertemente el volante al conducir o buscar distracciones.

Aquí, es importante tener en cuenta que las expectativas de peligro pueden ser conscientes o inconscientes, y las personas pueden responder a los estímulos fóbicos incluso si no son conscientes de ellos. Las conductas de evitación y defensivas contribuyen a mantener las expectativas de peligro al evitar el procesamiento emocional de las amenazas percibidas y al atribuir la ausencia de consecuencias temidas a estas acciones. Además, ciertos errores cognitivos, como la sobreestimación del riesgo o la subestimación de los propios recursos, pueden reforzar estas expectativas negativas.

Los nuevos episodios de consecuencias aversivas en la situación temida o el conocimiento de tales experiencias en otros pueden mantener las expectativas de peligro y miedo. Además, los eventos estresantes pueden contribuir a esta percepción negativa. Y, sobra decir que las fobias pueden tener consecuencias negativas en diversos aspectos de la vida de una persona, como el trabajo, los estudios, las relaciones sociales o la salud física, lo que puede motivar la búsqueda de ayuda para abordar el problema.



Pronóstico y complicaciones

Cuando no se tratan, las fobias pueden durar toda la vida, sin embargo, los estudios muestran que las fobias tienden a atenuarse espontáneamente con el tiempo. Con las técnicas de comportamiento y los medicamentos adecuados (en caso de requerirse), el pronóstico es bueno. Ahora, si no se tratan, las fobias específicas pueden afectar significativamente el funcionamiento. Y es que, por lo general, si un paciente no puede participar en una dinámica social normativa debido a una ansiedad debilitante, este puede terminar aislado de la sociedad. Y no solo eso:

- **Limitaciones en la vida cotidiana:** Las fobias específicas no tratadas pueden llevar a limitaciones significativas en la vida diaria del individuo. Asimismo, una persona con fobia a volar evitará viajar en avión, limitando sus opciones de vacaciones o de viajes de negocios. Del mismo modo, alguien con fobia a los espacios cerrados puede evitar lugares como ascensores o túneles, afectando su capacidad para desplazarse libremente.
- **Impacto en las relaciones sociales:** Por su parte, la evitación de situaciones específicas puede llevar a la incomodidad en eventos sociales o familiares, e incluso puede causar conflictos con amigos y seres queridos que no entienden la naturaleza del problema.
- **Deterioro en el rendimiento académico o laboral:** Por ejemplo, un estudiante con fobia a hablar en público puede evitar presentaciones en clase, lo que afecta sus calificaciones y su capacidad para aprender. De manera similar, un profesional con fobia a los espacios cerrados puede tener dificultades para asistir a reuniones o eventos laborales importantes.
- **Desarrollo de otros trastornos mentales:** Pueden aumentar el riesgo de desarrollar otros trastornos mentales, como la ansiedad generalizada o la depresión. Pues la evitación constante de situaciones temidas puede generar un ciclo de ansiedad y estrés que afecta negativamente la salud mental. En comparación con otros trastornos mentales, la fobia específica se asocia con una discapacidad relativamente baja. Sin embargo, como hemos dicho, la fobia específica predice la aparición posterior de otros trastornos mentales, especialmente en el dominio de la internalización. En consecuencia, la fobia específica, particularmente cuando se generaliza, puede ser un marcador temprano de una vulnerabilidad internalizadora. Y no solo eso, la investigación ha sugerido que, además de ser comórbida con otros trastornos mentales, la fobia específica también puede ser muy comórbida con enfermedades físicas. Tener cualquier trastorno de ansiedad durante el último año se ha asociado con enfermedades neurológicas, vasculares, respiratorias, gastrointestinales, metabólicas, óseas e infecciosas.