

Revisión

Análisis y propuesta de una nueva clasificación psicopatológica de las fobias

TEOBALDO LLOSA

TEOBALDO LLOSA
Doctor en Medicina,
Servicio de Psiquiatría,
Torre Anglo Americana.
Lima, R. del Perú.

FECHA DE RECEPCIÓN: 11/05/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN: 26/07/2019

Introducción: en el estudio se revisa la historia y los criterios vigentes en los manuales de diagnósticos DSM e ICD, de la reacción de miedo denominada fobia. **Material:** revisión bibliográfica de los cambios en el tiempo de las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales, hasta las vigentes. **Método:** análisis psicopatológico del miedo y de las fobias según las definiciones de los diversos autores y revisión crítica de los criterios vigentes, enfatizando el diagnóstico diferencial con otras patologías ansiosas temerosas. **Resultados:** se sostiene que los criterios diagnósticos de los manuales vigentes son insuficientes para diferenciar con precisión psicopatológica la agorafobia, la fobia social y la mayoría de las llamadas fobias específicas, de tal manera que fuerzan al examinador a la subjetividad. **Discusión y conclusiones:** se pone de manifiesto que los criterios actuales sobre las fobias no pueden garantizar el diagnóstico clínico diferencial adecuado entre las diversas fobias y otras patologías con algunos síntomas similares; se destaca que muchas patologías emocionales relacionadas con el miedo y calificadas como fobias no lo son; se propone clasificar a las fobias como fobia 1 y fobia 2, se sugiere que en las reacciones donde predomine el miedo no fóbico se diagnostique describiendo el objeto o la situación (v. gr. miedo a las alturas, a la sangre o a las serpientes) y asimismo que las reacciones fóbicas se diagnostiquen con la descripción del objeto o situación, como fobia 1 (al color rojo, al número 13), y fobia 2 (a las reuniones sociales, a los océanos, a la sangre, a las alturas o a las serpientes).

Palabras clave: Miedo – Fobia 1– Fobia 2 – Síndrome de descompensación.

Analysis and Proposal of a New Psychopathological Classification of Phobias

Introduction: the study reviews the history and criteria in force in the DSM and ICD diagnostic manuals of the fear reaction called phobia. **Material:** bibliographic review of changes over time of the international classifications of mental illness up to the current ones. **Method:** psychopathological analysis of fear and phobias according to the definitions of various authors, and critical review of current criteria, emphasizing the differential diagnosis related to other fear and anxiety pathologies. **Results:** it is argued that the diagnostic criteria of the current manuals are insufficient to differentiate with psychopathological precision agoraphobia, social phobia and most of the so-called specific phobias, in such a way that they force the examiner toward subjectivity. **Discussion and conclusions:** it is clear that the current criteria on phobias cannot guarantee the adequate differential clinical diagnosis between the various phobias and other pathologies with some similar symptoms; it is emphasized that many emotional pathologies related to fear and classified as phobias are not; it is proposed to classify phobias as phobia 1 and phobia 2; it is suggested that reactions where non-phobic fear predominates should be diagnosed describing the object or situation (e.g. fear of heights, blood or snakes), and also that phobic reactions should be diagnosed portraying the object or situation, such as phobia 1 (red, number 13), and phobia 2 (social gatherings, oceans, blood, heights or the snakes).

Keywords: Fear – Phobia 1 – Phobia 2 – Decompensation syndrome.

CORRESPONDENCIA
Dr. Teobaldo Llosa.
Servicio de Psiquiatría,
Torre de Consultorios
Anglo Americana,
Alfredo Salazar 314,
CP 15073, San Isidro.
Lima, R. del Perú;
tllosastress@hotmail.com

Introducción

Antecedentes

Los criterios diagnósticos de las denominadas *fobias* han ido variando desde la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-1) en 1952, de la American Psychiatric Association (APA) [1], hasta la vigente edición del DSM-5 en 2013 [4] y de la *International Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (ICD-10) editado en 1996 por la World Health Organization (WHO) [41], a la reciente edición de *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, chapter 06* (ICD-11) editado en 2018 por la Organización Mundial de la Salud (WHO) [42], en las que se incluyen dentro del capítulo de los desórdenes de ansiedad. Desde las primeras ediciones de ambas clasificaciones lo que caracteriza a las fobias es «el temor exagerado, que reconoce la persona, a una o algunas situaciones naturales, objetos o seres vivos, que desencadenan una conducta temerosa aversiva ante un o algunos estímulos que no representan, de acuerdo a esos criterios, un peligro real» [4, p. 41]. La ausencia de univocidad conceptual respecto a la fobia llega hasta nuestros días, donde se observa que tanto la psiquiatría como el psicoanálisis usan el vocablo *fobia* sin expresar coincidencia en los enfoques clínico y teórico ni en las clasificaciones nosológicas [10]. Eliminar la subjetividad es una meta en psiquiatría [32] y se aplica en el presente estudio, en que se pretende demostrar, a través del análisis crítico y descriptivo (característica de los manuales vigentes), la inconsistencia de algunos criterios de las clasificaciones hegemónicas que rigen actualmente el diagnóstico psiquiátrico de las fobias, partiendo del estudio de la psicopatología del miedo.

Psicopatología del miedo

Tener miedo es una reacción emocional a una amenaza inminente, que moviliza el instinto de conservación [21]. Una de sus manifestaciones es la ansiedad, que es la respuesta a una amenaza futura e incierta, real o imaginaria y se manifiesta con aprehensión e incertidumbre, ya que el estímulo amenazante generalmente no está presente en ese momento. Otra de sus manifestaciones es lo

que se denomina *fobia*, que implica fundamentalmente reacciones de miedo exclusivas y diferenciadas y que, ante la situación amenazante, real, potencial o imaginaria, la reacción no es con incertidumbre, sino con aversión. Es un error afirmar que cierto nivel de miedo, ansiedad y fobias es normal por que es común a todas las personas, dado que se altera la bioquímica, la fisiología y la conducta de la persona. Lo normal es no tener ninguna de esas reacciones temerosas, dicho de otro modo, lo normal es tener seguridad, actuar sin incertidumbre ni aprehensión y menos tener pánico.

El miedo puede manifestarse de varias formas, sea con las clásicas reacciones de incertidumbre, enfrentamiento o huida —muchas veces en busca de ayuda—, o ya sea como ansiedad o fobia. El miedo no se manifiesta si no existen situaciones de riesgo definido —real, potencial o imaginario— de un peligro real. Por lo tanto, el miedo es consciente (la persona reconoce la amenaza), e involuntario (la persona no origina el miedo), mientras que el instinto de conservación/supervivencia, es inconsciente y automático. El miedo no se origina en la misma persona sino que surge como reacción a un estímulo externo y en eso se diferencia de las obsesiones, que «no vienen nunca de afuera» [37]. La ansiedad se activa ante la incertidumbre, cuando el miedo no es convincente. Puede haber miedo sin ansiedad, pero no ansiedad sin miedo. Visto así, el miedo puede considerarse la conciencia del instinto de conservación y, por ello, puede controlarse, pues cada día se van conociendo más y comprendiendo mejor sus estructuras neurobiológicas, especialmente su relación con las amígdalas cerebrales y conexiones prefrontales [29, 6, 39, 33].

El instinto de conservación se puede reforzar para enfrentar el peligro sin miedo y sin ansiedad (lo hacen, v. g. las personas que van al gimnasio para desarrollar musculatura y prepararse para pelear con rivales más fuertes; las que van a entrenarse para saltar en paracaídas). Estas adquisiciones se logran mediante el aprendizaje, el entrenamiento, la técnica, la motivación, la emotividad, la racionalización y la intelectualización, procesos que permiten realizar acciones antinaturales

que se incorporan como normales o comunes. En el caso de las fobias, resistirlas cuando no se pueden evitar se denomina actitud contra fóbica [15, 27]. La actitud contra-fóbica es una respuesta a la ansiedad en la que, en lugar de huir de la fuente de miedo, a la manera de una fobia, se la busca activamente con la esperanza de superar la ansiedad original. Al contrario de lo que ocurre con algunos rasgos del trastorno de personalidad por evitación, la actitud contra-fóbica busca o se dirige a lo que es temido, mientras que la reacción fóbica típica es la aversión espontánea ante el estímulo perturbador. Diferenciar conductas valerosas de conductas contra-fóbicas o la ausencia de miedo por lesiones de las amígdalas cerebrales, es una tarea muy compleja y difícil de determinar, a menos que se las someta a evaluaciones neuropsicológicas específicas.

Ante un mismo caso de una persona encerrada en un cuarto en que se introduce una rata, puede darse que la persona huya sin saber si la rata la atacará o no; también que si la rata se le acerca la persona reaccione con conductas adecuadas, calculando estrategias para no ser mordida o para matarla, si no puede huir. Sin embargo, hay personas que no tienen miedo y simplemente compararán el espacio.

Fobias: la fobia es un miedo adquirido

Una de las manifestaciones o reacciones de miedo es denominada en las descripciones de psicopatología como *fobia* (palabra derivada de *fobos*, en griego antiguo φοβος «pánico», hijo de Ares y Afrodita en la mitología griega, la personificación del miedo). Las fobias son el resultado de traumas generalmente no conscientes y se estructuran con base en represiones y se manifiestan disimuladamente en la conciencia como simbolismos y desplazamientos, para evitar la angustia original. No se produce fobia voluntariamente. A diferencia del instinto de conservación que es una reacción innata, la fobia es un miedo adquirido y por eso es susceptible de volverse consciente, analizable y controlable. Desde las primeras clasificaciones se las ha considerado relacionadas con las obsesiones y fueron denominadas reacciones y neurosis, según el DSM-II [2], y el DSM-III, [3], o simplemente fobias con nombres grie-

gos o latinos (claustrofobia, acrofobia, agorafobia) o descritas literalmente (fobia a la suciedad, a las ratas). Según Saurí, fue Morel quién en el siglo XIX, con el nombre de delirio emotivo, describió por primera vez, de forma sistemática y ordenada, las neurosis fóbicas y obsesivas [36].

En los últimos 100 años los diversos criterios sobre las fobias han venido modificando algunas clasificaciones [19, 9, 40, 18], fundamentalmente basadas en descripciones clínicas de corte descriptivo y fenomenológico. Las fobias han ido individualizándose y desarrollando su propio cuerpo: se diferenciaron de las obsesiones como entidad patológica, pasaron por diversas denominaciones, como fobias obsesivas u obsesiones fóbicas, reacciones o neurosis fóbicas, fobias simples y luego se diferenciaron dentro de las neurosis de ansiedad y actualmente se incluyen en los desórdenes de ansiedad. La agorafobia fue independizada de las topofobias [35, 38] y en la DSM-III [3], se incluyó la fobia social para diferenciarla de la agorafobia y de las fobias simples, ahora llamadas fobias específicas.

Las teorías psicodinámicas también han tenido un papel importante y complementario en el análisis de las fobias. En los años 1894 y 95, Freud se interesó en diferenciar las neurosis de defensa (histeria, neurosis obsesiva y algunas formas de paranoia) de las neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia). El problema se presentaba con las fobias, pues éstas ocurrían en ambos tipos de neurosis y en todos los subgrupos [16, 10]. En el caso de las fobias distinguió dos grupos en función del objeto que las suscita: las *fobias comunes*, caracterizadas como el miedo exagerado en circunstancias que todos suelen temer (por ejemplo, la noche, las serpientes, la muerte, etc.) y las *fobias ocasionales*, caracterizadas como el miedo en circunstancias que no suelen provocar temor (como la agorafobia y las fobias de locomoción). Posteriormente Freud describió 4 tipos de fobias: *fobias típicas* o primarias, *fobias histéricas*, *fobias obsesivas* y la *agorafobia*, además de otras fobias contingentes, que surgían de las crisis de angustia, sin mecanismo psicológico definido. Freud así, consideró a las fobias como manifestaciones de desórdenes mentales sin constituir una

entidad diagnóstica [17]. Actualmente la literatura psicoanalítica distingue a las *fobias del desorden fóbico*, que es una nosología diagnóstica. El desorden fóbico o neurosis fóbica implica: fobia o fobias que constituyen la manifestación más prominente de dicho desorden [10].

Los manuales de enfermedades mentales vigentes (tanto el DSM como el ICD) las incluyen dentro de las reacciones de ansiedad. Si repasamos la historia del estudio de las fobias y sus diversas clasificaciones, notaremos que desde el principio fueron consideradas por los autores como reacciones a ciertas situaciones específicas en las que, el riesgo real es mínimo, pero que el sujeto lo considera y siente de modo exagerado y que no puede evitarlo, o lo enfrenta con mucha tensión emocional y fisiológica. Por ejemplo, volar a alturas relativamente bajas [26].

Las causas son múltiples y actualmente se clasifican como *agorafobia*, *fobia social* y *fobias específicas*, siendo estas últimas a su vez divididas de acuerdo a que el estímulo provocador sea ambiental, animal, sangre-inyecciones, situacional y «otros», que comprende innumerables situaciones y desencadenantes, que de acuerdo al DSM-5 (y las ediciones anteriores), tanto la agorafobia, la fobia social (desorden de ansiedad social) y las fobias específicas comparten el mismo criterio: «El miedo o la ansiedad no guardan proporción con el peligro y amenaza actual que plantea el objeto específico o la situación y el contexto sociocultural».

Si analizamos estos criterios notaremos que solo se diferencian en tres conceptos: el objeto/estímulo/situación específica en la *fobia específica*; la situación/exposición social en la *fobia social*; y la localización/espacial/geográfica ambiental en la *agorafobia*, criterios que no son suficientes psicopatológicamente para justificar su diferenciación en la mayoría de los casos. Por ejemplo, en la agorafobia, [DSM-5:300.22 (F40.00) A.3, A.5] «estar en lugares cerrados (tiendas, teatros, cinemas)», no se diferencia claramente de las reacciones claustrofóbicas de las fobias específicas [DSM-5:300.29/F40.248] «lugares cerrados», o [DSM-5:300.22 (F40.00) A.2], «en lugares abiertos» (puentes), equiva-

lentes a [DSM-5:300.29/F40.228] y [DSM-5:300.29/F40.248], «alturas». En la fobia social [DSM-5:300.23/F40.10/A], la persona no deja de tener potencialmente un riesgo de burla o agresión por terceras personas que la critiquen o cierto sesgo paranoide en aquellos que se manifiestan como temerosos (ser observados cuando comen o beben). En las clasificadas como «otras» se abre una variedad infinita de situaciones temerosas que desdibujan los límites para individualizarlas.

Los manuales no definen claramente qué significa «marcado y excesivo miedo o ansiedad», ni qué son situaciones peligrosas que «no guardan proporción» con el peligro y amenaza actual, por ejemplo, volar a baja altura (¿cuántos metros?), manejar automóvil (¿a partir de qué velocidad se considera peligrosa la situación?), el color rojo (¿qué tonalidad o intensidad de rojo?). Esos términos requerirían una valoración o calificación *cuantitativa* más que cualitativa, que los manuales no diferencian o explican adecuadamente. Según los manuales el sujeto debe presentar cierto número mínimo de síntomas o conductas de una lista predeterminada, variando el número de acuerdo al tipo de fobia. Debido a que los criterios no están claramente definidos, el diagnóstico diferencial queda a criterio del examinador, quien generalmente utiliza complementariamente diversas escalas psicométricas estandarizadas para cuantificar las diversas fobias [5], y muchas veces lo hace más por exclusión. Esto contamina el diagnóstico con la subjetividad del examinador, con el riesgo de fraccionar la relación con la realidad clínica y conductual, de manera que el diagnóstico es garantizado solo por la experiencia clínica y conocimientos del terapeuta. En la agorafobia, v. g., no consideran el riesgo potencial que puede haber en una carretera solitaria en las montañas alejadas de poblaciones, una plaza vacía o en una playa solitaria en la que no podría encontrar ayuda ante una situación de emergencia, sean ambiental, médica o delincuencia (una tormenta inesperada en una playa solitaria, o irrupción en una plaza vacía de un grupo de manifestantes revoltosos).

Algo similar, conocido como *fenómeno de desprendimiento*, frecuente en los consultorios de

las instituciones aéreas y astronáuticas, se presenta en personas que se elevan en globos o en aviones que viajan a las máximas alturas y llegan a la estratósfera o se encuentran en estaciones espaciales fuera de la tierra, cuando van ascendiendo y salen al espacio abierto (exósfera), las personas presentan sensación de aislamiento, soledad, y reacción depresiva temerosa al abandonar la *madre tierra* [28, 7] y pueden desarrollar reacciones agorafóbicas y claustrofóbicas. La agorafobia, si bien en la actualidad es mayormente referida a situaciones en tierra, también se presenta en ambientes aéreos, marítimos y espaciales [31, 34], tema al que debería dársele mayor atención, a causa de la expansión de las actividades aéreas y astronáuticas. Asimismo, los criterios de los manuales son inconsistentes y pierden especificidad cuando se refieren al tiempo de desarrollo de las fobias, siendo el mismo para todos los tipos de fobias, «el miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, típicamente duran seis meses o más».

Psicopatología de las fobias

Generalmente ante el objeto fóbico la persona no reacciona con incertidumbre

En el análisis de las fobias intervienen varios mecanismos psicodinámicos, pero especialmente la simbolización, el desplazamiento y las represiones [30]. Sin embargo, dichos mecanismos no explican adecuadamente todas las reacciones fóbicas, especialmente las consideradas fobias simples, ahora denominadas específicas, por lo que en 1974 para explicar su modalidad en vuelos de aviones Llosa-Rojas propuso el *síndrome de descompensación* (SIDE), ante la pérdida del estado de compensación adquirido (ESCO) [23, 24], dado que eran insuficientes y contradictorios los criterios que en esa época definían y caracterizaban la llamada fobia al vuelo, (enfoque que sirvió para solucionar un problema en un miembro de la Fuerza Aérea de New Zeland [25]. El miedo a volar (aerofobia) constituye una de las fobias más mencionadas y estudiadas con fines terapéuticos [8, 11]. El temor a las alturas (*acrofobia*), aunque no es igual al vuelo, pero tiene relación situacional, se ha vuelto más común con el desarrollo de la aviación y las actividades astronáuticas, inclusive las deportivas (v.gr. paracaidismo, alas delta, parapente o simila-

res). «Las fobias específicas se encuentran entre los trastornos de salud mental más prevalentes, de los cuales la acrofobia es el más prevalente de todos los subtipos» [13].

El SIDE se define como la «pérdida de toda conducta desarrollada e incorporada como normal, en la cual la persona ha tenido que entrenarse en controlar el miedo y la ansiedad, reforzando el impulso de supervivencia»; se desarrolla ante situaciones comunes pero biológicamente no normales, con la finalidad de adaptarse alostáticamente a los constantes avances tecnológicos de la sociedad moderna e *incorporarlos como normales*, sin miedo ni aprehensión: ir a más velocidad que la natural (v. gr. en automóvil), caer de alturas mayores a la talla humana (v. gr. saltar en paracaídas), hablar más fuerte que el volumen de la voz (v. gr. mediante parlantes), mirar más allá de la agudeza visual (v. gr. con binoculares), o subir a alturas mayores que nuestros saltos—nunca llegan a los tres metros— (v. gr. volar en avión o impulsarse en cohetes espaciales), entre muchas otras situaciones de la civilización actual. El SIDE se manifiesta cuando se pierden los controles emocionales y conductuales adquiridos, predominando nuevamente lo natural, manifestándose con reacciones de miedo básico que en ciertas circunstancias pueden estructurarse como fobias.

También hay aspectos biológicos en el desarrollo de reacciones temerosas y fóbicas que debemos tomar en consideración. Personas que no tenían miedo ni fobia a ciertas situaciones, al envejecer o sufrir algunas deficiencias biológicas determinadas, podrán desarrollarlos, como consecuencia de enfermedades, fracturas, cirugías, amputaciones, hemiplejías, trastornos auditivos relacionados con el equilibrio, limitaciones visuales y muchas otras consecuencias de problemas físicos, donde los factores psicodinámicos pueden participar *a posteriori*, pero no son la causa desencadenante.

Caso: una persona de 70 años que había trabajado muchos años como albañil en construcción de edificios, de pronto comenzó a sentir miedo y aversión al acercarse a los bordes de la azotea, tengan o no barandas. Se sorprendió porque antes podía pararse al borde para subir

ladrillos y otros materiales. Ahora siente temor en todo tipo de altura sin defensas, especialmente barandas (hasta aquí es miedo). Ha notado que eso también le ocurre cuando ve películas en tercera dimensión, muy realistas, donde aparecen abismos y personas que están paradas al borde, y cuando piensa que va a subir a una azotea o ante la sola mención (desarrollo de fobia). Se le diagnosticó fobia y se atribuyó su aversión al hecho de haber perdido, por la edad, masa y fuerza muscular, lo que le disminuyó la estabilidad y el equilibrio, volviéndolo inseguro y temeroso, pero consciente de sus limitaciones actuales. Se le sugirió evitar dichas situaciones, reforzar su musculatura en un gimnasio y asistir al nutricionista. Sometido a análisis retrospectivo no se identificó un posible trauma reprimido y se descartó estrés post traumático, por lo que se atribuyó su fobia a un miedo real a morir (SIDE).

En el presente trabajo se propone una nueva clasificación de las fobias, como fobia 1 y fobia 2, fundamentada en el análisis previamente desarrollado acerca de los fundamentos psicodinámicos que intervienen en las reacciones fóbicas y la insuficiencia de criterios para diferenciar claramente psicopatológica y clínicamente las diversas fobias específicas y su inespecífica delimitación con la agorafobia y la fobia social.

Fundamentación de la fobia 1 y fobia 2

Fobia 1: la persona reacciona ante un estímulo que le provoca miedo y aversión que no le implica riesgo real ni potencial de daño o muerte (v.g. color rojo, porción de carne fresca con sangre en un restaurant, número 13, día de la semana, agujeros pequeños, imágenes religiosas, guerreras o artísticas). El estímulo desencadenante siempre producirá la crisis aversiva, ya sea que esté físicamente presente, ya representado en una publicación o filmación, ya mencionado o recordado. Por ejemplo las siguientes situaciones: aversión al color rojo al mirar ese color en una pared o una figura en una revista, la luz roja en el semáforo, en la televisión, o ante la mención de la palabra rojo. Generalmente la persona ignora por qué siente aversión hasta que lo descubre en la terapia. En la fobia 1 los factores inconscientes siempre están relacionados con experiencias emocionales traumáticas personales o de terceras personas, de las

que ya no tiene recuerdos voluntarios sino reprimidos. Cuanto más traumática la experiencia reprimida, mayor será la reacción aversiva y los síntomas fisiológicos y emocionales, y más rápida o violenta la reacción de separación o huida.

Casos de personas que podrían desarrollar sintomatología fóbica 1 sin tener conciencia de la causa: pedirle a un estudiante cuyo padre murió un día 13, que calcule el cuadrado del número 13; pedirle a una mujer adulta que se asustó mucho cuando siendo muy niña le vino la menarquía, que compre carne fresca en un supermercado.

No se debe confundir este tipo de reacción emocional y aversiva, —incomprensible por no conocer las causas reprimidas y que siempre o casi siempre se presentarán ante el mismo estímulo directo o representado—, con reacciones aversivas comprensibles y evidentes de algunas situaciones que podrían implicar riesgo real de lesiones (como al color rojo de una iluminación muy intensa que podría irritar los ojos y obligar a cerrarlos; sonidos a altos decibeles que podrían irritar o perforar sus tímpanos; perfumes u olores que podrían irritar la nariz y producir náuseas o estornudos; disnea, que obliga a salir rápidamente del ambiente. En estos casos no encontraremos mecanismos defensivos inconscientes reprimidos. En ningún caso se calificarán como fobia, aunque estas molestias se presenten siempre o casi siempre ante el mismo estímulo. Serán simplemente molestias a estímulos físicos o químicos ambientales conscientes, directos y diferenciados. Nunca como representaciones (v.gr. en revistas, el cine o la televisión) del estímulo perturbador.

Fobia 2: el estímulo implica miedo específico, diferenciado y repetitivo, capaz de producir reacciones emocionales y conductuales intensas ante un riesgo real o potencial de lesiones, secuelas o muerte. Se explica por una reacción natural primitiva del instinto de conservación y por el síndrome de descompensación (SIDE) ante ciertas situaciones o actividades (v.gr. aviones, muchedumbre, tumultos, espacios abiertos y/o solitarios, teatros, mercados, puentes, personas extrañas, payasos, velocidad, arañas, tormentas, mar, borde de

precipicios, alpinismo, agujeros o huecos grandes, pozos de agua). En toda fobia tipo 2 se puede comprobar un riesgo real o potencial. «La fobia trae la particularidad de ser marcada por lo real» [20, 22]. Evocar el estímulo en cualquier forma (recuerdos, fotografías, objetos, nombrarlas, sonidos, películas), desencadena la crisis con intensidad igual o atenuada, como si estuviese ante la amenaza real original.

Se propone clasificar la fobia 2 en:

1) Fobia 2a: (fobia expuesta): la persona reacciona ante el peligro real o potencial (cerca de un precipicio, en un ascensor, ante un animal determinado, sola en las montañas o una playa ante la amenaza de una tormenta, en un estadio). La reacción aversiva fóbica siempre se dará en ambas direcciones, desde la presencia real de la situación peligrosa y/o desde la *representación* en cualquier forma o intensidad de la misma. La reacción puede originarse tanto por la mención del estímulo desencadenante, como por su imagen en una revista o en la televisión, siempre que el objeto o la situación represente un peligro en la vida real, aunque en el momento no implique riesgo real inmediato. De no ser así podría considerarse como pensamientos obsesivos.

Se trata de una reacción temerosa y aversiva ante una figura o mención de una situación peligrosa que origina aversión al espectador, como si estuviese en el lugar de riesgo, como es el caso de estar viendo una película en tercera dimensión donde aparecen abismos, arañas, hemorragias, accidentes de aviación, ahogamiento en el mar o hundimiento de barcos, miedos oníricos/pesadillas, relacionados con situaciones de riesgo real. Las personas fóbicas muchas veces se retiran de los cineas cuando la película es demasiado real gracias a los efectos especiales que activan su fobia, o se despiertan en la madrugada alegando pesadillas relacionadas con su fobia. Son representaciones de la fobia 2a original, pero con los niveles de riesgo de la fobia 1, es decir, ausentes, pero que obligatoriamente debe tener una base compatible con la fobia 2a, es decir, reaccionar con aversión cuando se exponga al peligro real o potencial. De no ser así, será considerada simplemente como reacción de miedo o ansiedad en la que

traumas personales serán la base del miedo. Asimismo, si una persona reacciona con aversión ante un peligro real o potencial, pero no ante su representación, será considerada como miedo, pero no fobia. La fobia 2 siempre se dará en ambas direcciones.

Caso: Una persona fóbica se retira del cinema donde se proyecta una película en tres dimensiones donde unos alpinistas suben una montaña, las escenas tomadas desde la cima desencadenan en el sujeto crisis de temor, igual a cuando se acerca a bordes de azoteas que no tienen barandas.

2) Fobia 2b: (fobia proyectada): la persona fóbica proyecta a una tercera persona su temor ante un riesgo real o potencial (*v.gr.* ver a una persona al borde de un precipicio le produce miedo o terror como si ella estuviese allí y la induce a advertirle el riesgo, porque identifica el peligro como propio). Lo inverso no es válido: otra persona temerosa puede transferir su miedo, pero no transferirá su fobia: un fóbico a los perros podrá alertar a otra persona sobre un perro agresivo, pero si ésta no teme a los perros podrá actuar con precaución, pero no con terror ni huida y menos con fobia a los perros.

Caso: la persona del caso anterior ve a otra parada al borde del precipicio de una montaña y le advierte el peligro, pero no puede acercarse a ella porque el temor se lo impide. Llega sólo hasta cierta distancia y a medida que se acerca se va inclinando para atrás.

Diagnóstico diferencial y comentarios

Posiblemente el calificar como fobia a todo tipo de reacción temerosa tenga su origen en el siglo XIX cuando la psicopatología descriptiva abusó del empleo de nombres griegos y latinos para identificar las reacciones temerosas, creando así un abanico interminable de nombres que incluían la terminación *fobia* (*acrofobia*, *claustrofobia*, *ablutofobia*, *bibliofobia*, *ergofobia*, *metrofobia*, *agorafobia*, *eritrofobia*, *fotofobia*, *somnifobia*, *necrofobia*, *xenofobia*, *xanthofobia*, *laloginefobia*, *lalofofia* o *laliophobia*, entre muchas otras), que luego se fueron reemplazando por la descripción de las situaciones fóbicas, como el caso de la fobia social. Se justifica este cambio para evitar confusiones y proliferación de

nombres muchas veces difíciles de recordar, (v.gr. la fobia denominada hipopotomonstrosesquipedaliofobia, que define el miedo irracional a las palabras largas).

Es oportuno dedicar unas líneas a la llamada «homofobia», término popular y controversial, que sin embargo, en la vida real son muy raros los casos que constituyan una verdadera fobia. La llamada homofobia representa mayormente rechazo de tipo social discriminatorio y prejuicioso, pero es muy raro que alguien heterosexual ante una persona homosexual reaccione con pavor y se retire de su presencia. Pero si la persona aversiva a los/las homosexuales (aversión no es sinónimo de fobia), solo rechazan su presencia o compañía, pero no su mención o presencia en fotografías o películas, entonces no constituirán una fobia.

Es fundamental hacer el diagnóstico diferencial entre las verdaderas fobias y las múltiples situaciones temerosas y ansiosas que se califican como fobias, algunas de las cuales corresponden a síndromes o enfermedades determinadas. Con esta propuesta de nueva clasificación se sugiere describir la situación temerosa con la mayor exactitud posible, no solamente nombrando al estímulo provocador (precipicio, ascensor, oscuridad, color determinado), sino también a las circunstancias o situaciones (distancia al estímulo estresante), precisar si está presente (ante un abismo real, un sonido fuerte, un brillo intenso), solo representado, mencionado o pensado. Así se diseñará el algoritmo para diferenciar las fobias de la ansiedad o del miedo común no fóbico, e inclusive de las enfermedades, de ese modo se reducirá la subjetividad. Por ejemplo, la *hiperacusia* puede producir reacciones aversivas a sonidos que no necesariamente son intensos, calificadas como fonofobias, v. gr. personas con síndrome de Williams [14]. Sin embargo, al aplicar los nuevos criterios se podrá diferenciar claramente si dicha sensibilidad es verdaderamente una fobia, o una hipersensibilidad acústica, que en ciertos casos tiene causa ansiosa, pero en otros corresponde a trastornos auditivos o neurológicos [12].

Por ejemplo, la persona fóbica a los alacranes (o las serpientes) siempre deberá reaccionar

con miedo ante la presencia del animal, ante su representación o mención. De no ser así la reacción deberá calificarse de miedo, aunque sea repetitiva y exclusiva, es decir, una persona que tenga exclusivamente miedo y pánico a los alacranes presentes no deberá calificarse como fóbica.

Así se hará el diagnóstico diferencial entre el miedo y su variante fobia 2. En resumen, una persona que tenga exclusivamente miedo y pánico a las serpientes o a los alacranes presentes no deberá calificarse de fóbica. Por la tanto, el temor aversivo específico y exclusivo a ciertos estímulos temerosos presentes, pero no a sus representaciones, no son suficientes para el diagnóstico de fobia. Como consecuencia de este algoritmo se podrá deducir que muchas de las calificadas como fobias, no lo son, posiblemente la mayoría.

Es frecuente en los servicios de emergencia la presencia de personas que se resisten, sudan o se desmayan ante el intento de extraerles sangre y comentan que tienen fobia a la sangre (hemofobia o hematofobia). Sin embargo, si hacemos un análisis algorítmico podremos diferenciar algunas reacciones de la aversión a ver sangre. Si la reacción aversiva se origina cuando se mira sangre en una carnicería, o en una película, o inclusive en una fotografía, podríamos estar pensando en una fobia tipo 1. Si la reacción aversiva se origina en una persona que se produce una herida sangrante o se le extrae sangre mediante una jeringa y también si ve una película o fotografías de accidentes en los que hay hemorragias, entonces podremos pensar en una fobia tipo 2 expuesta. Si una persona reacciona aversivamente ante la extracción de sangre o sangrado de otra persona, entonces podemos calificarla como fobia tipo 2 proyectada. Pero si la persona tiene temor cuando le extraen sangre (se resiste, acepta con mucha ansiedad o inclusive se desmaya), pero no cuando ve sangre en películas, fotografías, ni cuando escucha la palabra sangre, inclusive si ve su sangre en un frasco, entonces pensaremos en una reacción natural de miedo del instinto de conservación. También podremos pensar en una aversión o en una fobia al color rojo, de acuerdo a las circunstancias, ya que el verdadero miedo

lo originará la sangre y no el color rojo, lo cual ayudará a diferenciar el miedo/riesgo real, de las fobias tipo 1 y tipo 2.

Una patología emocional que puede complicar el diagnóstico diferencial de las fobias, es el estrés post traumático [DSM-5: 309.81/F43.10]. Sin embargo, el terapeuta acucioso y experimentado, con una buena anamnesis en busca del origen o causas del trauma, podrá diferenciar adecuadamente ambas patologías. Algunos aspectos pueden demostrar claramente las diferencias psicopatológicas. El origen del estrés post traumático siempre o casi siempre es consciente. El sujeto se da cuenta del trauma. El trauma casi siempre es súbito (accidentes, malas noticias, catástrofes) que le ocurren al sujeto o a terceras personas que lo impactan emocionalmente intensamente. Con posterioridad puede reprimirlo y olvidarlo, hasta que un día irrumpe involuntariamente como crisis de ansiedad o pánico, con manifestaciones fisiológicas y emocionales intensas que, a diferencia de la fobia, no se resuelven ni desaparecen cuando se retiran el objeto o la situación original, (ya que en el estrés post traumático no es frecuente que el sujeto se enfrente nuevamente al trauma original) sino a sus recuerdos específicos y diferenciados, reprimidos que surgen como reacción de pánico, mientras que el fóbico, siempre o casi siempre, reacciona ante la repetición del mismo estímulo estresante o su equivalente, (la fobia a los precipicios se presentará en cualquier precipicio, aunque no sea el que originó por primera vez su reacción temerosa). Generalmente el estímulo o el recuerdo fóbico es rechazado y rápidamente desaparece del foco consciente, porque no se trata de una obsesión, mientras que la irrupción de la reacción post traumática, manifiesta un conjunto complejo de reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales que pueden manifestarse como pánico que pueda conducir a un servicio de emergencia. El fóbico resuelve el problema evitando o alejándose de la situación o el estímulo fóbico, mientras que al estrés post traumático no hay oportunidad de alejarlo o evitarlo, porque generalmente irrumpe súbita e involuntariamente en su conciencia en cualquier lugar o situación. En el estrés post traumático el sujeto siente que el riesgo es real porque sufre pánico y

cree que puede morir en ese instante, mientras que los manuales vigentes declaran que en las fobias «el sujeto reconoce que su reacción es exagerada», aspectos ya comentados.

La práctica psicoterapéutica nos demuestra que, en los humanos, enrojecerse por vasodilatación facial tiene mucha relación con situaciones ansiosas/temerosas, amorosas o eróticas, así como el sudor excesivo en algunas situaciones puede relacionarse con estados de miedo y pánico. Tales reacciones, que implican algún nivel de temor o pánico, muchas veces son consideradas fobias (eritrofobia, fobia a sudar, fobia a orinarse de miedo) y relacionadas con la fobia social. En ciertas situaciones podría justificarse, siempre y cuando reúnan los criterios básicos propuestos. Así el temor a enrojecerse ante una persona por la que se siente atracción, pero no ante su fotografía, filmación, ni cuando se la sueña o escucha su voz, no constituiría una fobia. Si bien numerosos reacciones fisiológicas comunes (la hiperhidrosis palmar o facial, la eritrofobia, hiperventilación, aerofagia, etc.), responden a factores emocionales relacionados con el temor, un análisis dirigido podría encontrar las causas y la solución, sin que dichas reacciones simples constituyan una fobia específica, aunque inicialmente aparezcan como tal.

En los manuales vigentes se advierte que en los niños las reacciones fóbicas pueden tener otras características y las reacciones no son tan definidas ni patognomónicas, y eso hace más confusa su diferenciación diagnóstica. Los niños que se asustan de adultos desconocidos, de familiares no muy frecuentados, de animales o de vagabundos zarrapastrosos (algunos animales como los perros, también reaccionan ante esos estímulos), inclusive de algunos payasos (coulrofobia), demuestran que el miedo a seres vivos (androfobia, antropofobia), no es fobia en el sentido de las clasificaciones vigentes. Es un temor a lo desconocido que se asume como peligroso. Eso de por sí no constituye una fobia, a menos que reúna los requisitos de la fobia 2. Los niños generalmente no se asustan de niños desconocidos porque son equivalentes. La *reacción infantil* es la más espontánea y auténtica para diferenciar miedo de fobia. El evaluador podrá

investigar la posibilidad de fobia siguiendo el algoritmo, «si muchas veces o siempre, el niño reacciona con miedo, aversión o malestar ante determinados objetos, seres vivos o circunstancias ambientales». Si la respuesta es afirmativa le preguntará si le ocurre solo cuando las enfrenta, o también cuando las imagina, las ve en películas, dibujadas o simplemente si las nombran. El terapeuta sabrá evaluar sus respuestas y determinar si se trata de una fobia o no.

Conclusiones

La fobia es un miedo diferenciado que constituye una enfermedad mental grave, incapacitante y de psicopatología compleja. Ninguna situación en la que predomine el miedo por riesgo real sobre cualquier otra motivación psicológica, conductual o biológica debería calificarse como fobia, a menos que reúna los criterios que se sugiere en este trabajo. Con este enfoque psicopatológico se *determinan los criterios* de las verdaderas fobias y se facilita su diferenciación diagnóstica del miedo no fóbico, de las personalidades inseguras, dependientes, ansiosas, obsesivo-compulsivas, psicóticas, del estrés post traumático y de muchas llamadas «fobias» que no lo son. Las clasificaciones vigentes, aunque fundamentalmente descriptivas psicopatológicamente, no muestran criterios definidos y específicos como para diferenciar claramente los diversos tipos de fobias y dejan la calificación en gran parte al criterio del evaluador, lo cual favorece la subjetividad y resta identidad a cada tipo de fobia. Las diferencias psicopatológicas y biológicas con el miedo común deberían ser analizadas con mayor detalle a la hora de hacer diagnósticos. En ello juega un rol muy importante la experiencia clínica del terapeuta, quién podría complementar la evaluación mediante pruebas

psicométricas y neurológicas en la búsqueda de las causas de la sintomatología fóbica y comórbida, para determinar la conducta terapéutica más adecuada. Esta propuesta facilita determinar el diagnóstico y la terapia correctas. Luego de revisar los criterios vigentes en los manuales de enfermedades mentales, consideramos que tanto la agorafobia como la fobia social no reúnen las características psicopatológicas para diferenciarlas de la mayoría de las llamadas fobias específicas. Asimismo, se propone, con el simple algoritmo sugerido, que muchas de las llamadas fobias, no lo son. Paralelamente a los mecanismos psicodinámicos que actúan en mayor o menor grado en las fobias, se sugiere que el síndrome de descompensación (SIDE), debería tomarse como base para explicar y comprender las reacciones fóbicas de riesgo real y potencial, que justifican su diferenciación dentro de las reacciones naturales de miedo. Por lo expuesto, se propone clasificar a las fobias como fobia 1 y fobia 2. Se considera que dentro de la fobia 2 deberían incluirse la agorafobia, la fobia social y la mayoría de las llamadas fobias específicas, por su concordancia psicopatológica, conductual y ambiental, sugiriendo que toda reacción donde predomine el miedo no fóbico se diagnostique describiendo el objeto o la situación, (v.gr., miedo a las reuniones sociales, a la sangre, a las alturas o a las serpientes) y que las reacciones fóbicas se diagnostiquen con la descripción del objeto o situación, como fobia 1, (v.gr. al color rojo o al número 13) y fobia 2, (v.gr. a las reuniones sociales, a las alturas, a la sangre o a las serpientes).

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Conflicto de Intereses: ninguno.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-1). Washington: American Psychiatric Association; 1952.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-2). 2th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1968.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-3). 3th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
5. Bados A. Fobias específicas. En: Vallejo MA. Ed. Manual de terapia de conducta. Madrid: Dykinson; 1998. Vol I p.169-218.
6. Barlow DH. Disorders of emotion. Psychol Inq. 1991; 2:58-71. DOI: 10.1207/s15327965pli0201_15
7. Bond DD. The Love and Fear of Flying. New York: International Universities Press; 1952.

8. Botella Arbona C, Breton-López J, Serrano Zárate B, García-Palacios A, Quero S, Baños RM. Treatment of flying phobia using virtual reality exposure with or without cognitive restructuring: participants' preferences. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2014; 19(3):157-169. DOI: 10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13898
9. Bumke O. Tratado de las enfermedades mentales. Barcelona: Francisco Seix; 1917.
10. Campodónico N. La delimitación de la clínica de las fobias a partir de los cambios introducidos por el contexto cultural del Siglo XXI. *Perspect Psicol*. 2014; 11(2):75-82. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483547666009>
11. Department of Air Force, Psychiatric Disorders in Flight Personnel. Chapter 9, AFP 161-18. December 1968.
12. Dominguez S, Boccio CM, Cabrera V. Estudio y tratamiento de la hiperacusia en una unidad de acúfenos. *Revista Faso* [Internet]. 2009; [cit. 12/04/2019] 16(2): 3p. Disponible en: <http://faso.org.ar/revistas/2009/2/nota05.pdf>
13. Donker T, Cornelisz I, Klavereen C, Straten A, Carlbring A, Cuijpers P, Gelder JL. Effectiveness of Self-guided App-Based Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Acrophobia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(7): 682-690. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0219
14. Dykens EM. Anxiety, fears, and phobias in persons with Williams syndrome. *Dev Neuropsychol*. 2003; 23(1-2):291-316. PMID: 12730029 DOI: 10.1080/87565641.2003.9651896
15. Fenichel O. The Counter-Phobic Attitude. *Int J Psychoanal*. 1939; 20:263-70
16. Freud S. Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y etiología. En: *Obras Completas, volumen III*. Buenos Aires: Amorrortu; 1998; p.69-84
17. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia (1926). En *Obras Completas, volumen XX*. Buenos Aires: Amorrortu. 1998; p.71-164
18. Jaspers K. *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura económica; 1996.
19. Krapelin E. *Lectures on clinical psychiatry*. New York: W.Wood; 1904.
20. Lacan J. O seminário. Livro 4. A relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1995.
21. LeDoux J, Daw ND. Surviving threats neural circuit and computational implications of a new taxonomy of defensive behavior. *Nat Rev Neurosci*. 2018; 19(5): 269-282. PMID: 29593300 DOI: 10.1038/nrn.2018.22
22. Linnemann K. Fobia: um sintoma marcado pelo real. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2006; 9(1):18-31. DOI: 10.1590/1415-47142006001003
23. Llosa-Rojas T. Flying Decompensation Syndrome and fear of Flying. *Aerosp Med*. 1974; 45(9):1078-80 PMID: 4413486
24. Llosa-Rojas T. Introducción a la historia de la psiquiatría aeronáutica y espacial. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1977; 23(1): 29-39
25. Mc Gregor K. Defense Psychology Unit, Defense Headquarters. Ministry of defense. Letter. Wellington, New Zeland. 1983, October, 7.
26. Mebane JC. *Neuropsychiatry for the Flight Surgeon*. Texas: United States Air Force; 1956.
27. Morgenstern AL. Fear of Flying and the Counter-Phobic Personality. *Aerosp Med*. 1966; 37(4):403-407. PMID: 5954448
28. Mosher DT. Imponderables of Isolation. In: Perry CJG, editor. *Psychiatry in Aerospace Medicine*. International Psychiatry Clinics. Vol. 4(1). Boston: Brown & Co.; 1967. p. 223-30
29. Mountz JM, Modell JG, Wilson MW, Curtis GC, Lee MA, Schmaltz S, Kuhl DE. Positron emission tomographic evaluation of cerebral blood flow during state anxiety in simple phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46(6): 501-4. DOI: 10.1001/archpsyc.1989.01810060021004
30. Nemiah J. A psychoanalytic view of phobias. *Am J Psychoanal*. 1981; 41:115-20. DOI: 10.1007/BF01253715
31. Perry CJG, editor. *Psychiatry in Aerospace Medicine*. Boston: Little, Brown & Co. 1967.
32. Ponde MP. The crisis of diagnosis in psychiatry and the diagnostic manuals. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2018; 21(1):145-166. DOI: 10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10
33. Rale A, Shendye N, Bodas DS, Subhedar N, Ghose A. CART Neuropeptide Modulates the Extended Amygdalar CEA-vBNST Circuit to Gate Expression of Innate Fear. *Psychoneuroendocrinology*. 2017; 85:69-77. PMID: 28825977 DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.08.012
34. Randel HW. *Aerospace Medicine*. 2th ed. Randel HW ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1971.
35. Regis L, Hesnard A. *La Psychoanalyse des Névroses et des Psychoses*. Paris: Alcan; 1911.
36. Sauri JJ. *Las fobias*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1984.
37. Schneider K. *Problemas de Patopsicología y de Psiquiatría Clínica*. Madrid: Morata; 1947.
38. Sergeant E, Bibadeau-Dumas L, Babonneix L. *Tratado de Patología Médica y de Terapéutica Aplicada*. Tomos VII y VIII: *Psiquiatría I y II*. Barcelona: Pubul; 1924.
39. Tovote P, Esposito MS, Botta P, Chaudun F, Fadok JP, Markovic M, Wolf SB, Ramakrishnan C, Fenno L, Deisseroth K, Herry C, Arber S, Lüthi A. Midbrain circuits for defensive behaviour. *Nature*. 2016; 9:534(7606): 206-212. PMID: 27279213 DOI: 10.1038/nature17996
40. Vallejo-Nágera A. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat. 1944.
41. WHO. World Health Organization. ICD-10. Classification of Mental and behavioural disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1996.
42. WHO. World Health Organization. ICD-11. International Statistical Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistic, Chapter 06, Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders. Geneva: World Health Organization; 2018.