



1. Concepto

FOBIA ESPECÍFICA

2. Nombres alternos o sinónimos

Trastornos fóbicos.

3. Definición

Palabra derivada de **Fobos**, en griego antiguo **Φόβος**, «pánico», Fobos era hijo de Ares y Afrodita y era considerado la personificación del miedo en la mitología griega (Fobia, (s.f)).

La fobia hace referencia a un trastorno psicológico que genera un miedo exacerbado, irracional e incontrolable ante ciertos estímulos, llámense objetos, actividades o situaciones específicas; quien la padece reconoce que este temor es desproporcionado e irracional y que se encuentra fuera de su control, por lo tanto, siente un malestar intenso que impacta en la vida profesional, laboral, personal, la salud y el bienestar general de la persona. Los estímulos a los que se les teme pueden ser de diferentes tipos.

Tipo animal: El miedo se refiere a ciertos animales o insectos.

Tipo situacional: El miedo se manifiesta ante situaciones específicas como viajar en avión, estar en un lugar oscuro, encontrarse en un lugar cerrado, etc.

Tipo ambiental: El miedo es a situaciones propias del entorno natural o fenómenos climáticos (tormentas, rayos o relámpagos, etc.).

Tipo sangre-inyecciones-daño: El miedo es a las inyecciones, transfusiones, cirugías o cualquier intervención invasiva.

Otros tipos: debido a que se puede tener fobia a casi cualquier cosa, algunas de ellas no se encuentran clasificadas en los tipos anteriores, por ejemplo, el miedo al vómito, a los espejos, a los payasos, a la ropa, a las brujas, etc. todas esas están ubicadas en este apartado (¿Qué son las fobias? (s.f.) (n.d)).

Las fobias varían según el sexo; por lo general, su incidencia es mayor en las mujeres siendo la más común la del tipo animal o situacional y en los hombres la más común es la de tipo sangre-inyecciones-daño.

La palabra fobia no solamente se ha utilizado para referirse al miedo extremo. Actualmente su uso es también es términos sociológicos para hacer referencia a actitudes negativas, disgusto, desaprobación, prejuicio, odio, discriminación u hostilidad hacia cierta categoría de personas o cosas. Un ejemplo claro de esto es la homofobia que no es un miedo irracional hacia personas de la comunidad LGBTTI, sino más bien es todo aquel acto de rechazo, odio o desaprobación hacia hombres y mujeres que tienen preferencias sexuales distintas a las propias.

A continuación, enlisto algunas fobias, desde las más comunes hasta las más actuales, aquellas que se han dado por el uso de la tecnología, en esta lista únicamente se mencionará el objeto, actividad, animal o situación específica hacia la cual es el miedo, dando por entendido que este es excesivo, irracional e incontrolable de acuerdo a la definición mencionada renglones arriba.

A

Ablutofobia: a lavarse o bañarse.

Acarofobia: a los ácaros.

Acerbofobia o acerofobia: a la acidez o las cosas.

Acrofobia o **altofobia:** a las alturas o lugares elevados.

Aedificatorfobia: a las construcciones

Aeronausifobia: a vomitar por marearse en el avión.

Agateofobia, maniafobia o **dementofobia:** a la locura, a volverse loco o a las personas que padecen de trastornos mentales.

Agirofobia: a cruzar la calle.

Agmenophobia: a que la fila que se elige vaya más lenta que otra que no se escogió.

Agorafobia: a las multitudes o a lugares públicos o abiertos.

Agrafobia: al abuso sexual.

Agyrofobia: a que se sufra algún daño al cruzar la calle en una esquina.

Aicmofobia; a las palabras palíndromas.

Ailurofobia o **elurofobia:** a los gatos.

Aicmofobia: a las cosas punzantes como lápices, agujas, cuchillos.

Albuminurofobia: a la albúmina en la orina.

Alektorofobia o **alectrofobia:** a las gallinas y pollos vivos y algunas veces puede extenderse a los huevos o pollos ya cocidos.

Algofobia: a experimentar dolor.

Alliumfobia: al ajo.

Allodoxafobia: al intercambio de opiniones.

Amatofobia: al polvo.

Amaxofobia: a conducir o andar en un vehículo.

Amnesifobia: a la amnesia.

Ambulofobia: a caminar.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Anablefobia: a mirar hacia arriba.

Anacrofobia: a viajar en el tiempo.

Anatidaefobia: a estar siendo observado por un pato.

Androfobia: a una figura masculina o cualquier cosa vinculada con ellos.

Ancraofobia o **Aerofobia:** al viento, a las corrientes de aire.

Anginofobia: a atragantarse.

Anglofobia: a los ingleses, Inglaterra o cualquier cosa inglesa.

Anorafobia: a la avispa chaqueta amarilla.

Antefamafobia: a descubrir que la gente habla mal de uno justo en el momento en que se entra a la habitación donde se sostiene la conversación.

Antlofobia: a las inundaciones

Antofobia: a las flores.

Antropofobia o **antrofobia:** a las personas, a la compañía humana.

Anuptofobia: a quedarse sin pareja, en soltería por el resto de la vida.

Apeirofobia: al infinito.

Apifobia: a las abejas.

Apotemnofobia: a personas con amputaciones.

Anquilofobia: a tener alguna parte del cuerpo inmovilizada con un yeso.

Aquofobia: al agua

Aracnofobia: a las arañas.

Araquibutirofobia: a que la mantequilla de cacahuate, o que la cáscara de cacahuate se pegue en el paladar.

Aritmofobia o **numerofobia:** a los números.

Asimetrofobia: a las cosas asimétricas.

Astenofobia: a la debilidad o a desmayarse.

Ataxiofobia: a la descoordinación muscular.

Ataxofobia: al desorden.

Atazagrafobia: a no ser considerado o a ser olvidado.

Atefobia: a la ruina.

Atelofobia: a la imperfección en uno mismo.

Atiquifobia: al fracaso.

Atomosofobia: a las explosiones nucleares.

Aulofobia: a las flautas y el sonido que emiten.

Aurofobia o **crisofobia:** al oro.

Aurorafobia: a las auroras boreales.

Autodisomofobia: a oler mal.

Automatonofobia: a las representaciones de seres vivos o pensantes en cosas inanimadas.

Aviatofobia o **aviofobia:** a volar.

B

Balístofobia: a las armas, municiones o revólveres.

Bambacofobia: al algodón o a las bolitas de algodón.

Barofobia: a la gravedad terrestre.

Basofobia: a no poder caminar o a caerse.

Batofobia: a las profundidades.

Batraciofobia: a los batracios.

Bibliofobia: a los libros.

Blennofobia: a las viscosidades.

Bromidrosifobia: a desprender mal olor corporal.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Brontofobia, Astrofobia, astrapofobia o Keraunofobia: a los fenómenos naturales, a los relámpagos y truenos.

C

Cacomorfobia: a las personas obesas.

Caligynofobia, venustrofobia o “complejo de Licea”: a las mujeres hermosas.

Cancerofobia, carcinofobia o cancerfobia: al cáncer.

Carbofobia: a los hidratos de carbono.

Cardiofobia: a padecer enfermedades del corazón o a escuchar latir el propio corazón.

Carnofobia: a la carne.

Carofobia: a la picazón.

Catagelofobia: a ser ridiculizados.

Catisofobia: a sentarse.

Cenofobia: a los vacíos o los espacios vacíos.

Chaetofobia: al pelo.

Chorofobia: a bailar.

Chrometofobia: al dinero.

Cibofobia: al alimento.

Cinofobia: a los perros.

Cipridofobia: a las enfermedades venéreas.

Claustrofobia: a los espacios cerrados.

Cleptofobia: a robar.

Clinofobia: a ir a la cama.

Cnidofobia: a las picaduras de insectos.

Consecotaleophobia: a los palillos de la comida asiática.

Colerofobia: a contraer el cólera.

Cometofobia: a los cometas.

Coprofobia: a los excrementos.

Coulrofobia: a los payasos.

Creavgrofobia: a los huevos a la escocesa

Cremnofobia: a los precipicios.

Criofobia: al hielo, las heladas, tormentas o ventiscas de hielo.

Cristalofobia: a los cristales.

Cristianofobia: a los cristianos.

Cristofobia, Cristianofobia: “miedo a Jesús”, asociada al mundo islámico.

Crometofobia o Crematofobia: al dinero

Cromofobia: a los colores.

Cronofobia: a la duración, al tiempo.

Cropostasofobia: al estreñimiento.

Cyberfobia: a las computadoras, a trabajar en ellas y en general el contacto con la informática.

D

Decidofobia: a tomar una decisión equivocada.

Deipnofobia: a las conversaciones en la sobremesa.

Demofobia: a las multitudes.

Demonofobia: a los demonios.

Dendrofobia: a los árboles.

Dentofobia u odontofobia: a los dentistas o tratamientos dentales.

Dermatopatofobia: a las enfermedades de la piel.

Dermatosiofobia: a las verrugas en la piel.

Dextrofobia: a los objetos y personas situados a la derecha del propio cuerpo.

Diabetfibia: a la diabetes.

Didaskaleinofobia: a ir a la escuela.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Dikefobia: a la justicia.

Diplofobia o **diplopiafobia:** a la visión doble.

Dipsofobia: a la embriaguez.

Dishabiliofobia: a desnudarse delante de alguien.

Dismorfofobia o **trastorno dismórfico corporal (TDC):** a una parte del propio cuerpo.

Dorafobia: a la piel

Dromofobia: a las calles, los paseos y a cruzar la calle.

E

Ecclesiofobia o **ecclesiofobia:** a la iglesia.

Ecofobia, ocofobia u oikofobia: al hogar.

Editiovultafobia: a entrar a Facebook y comparar la vida de los demás con la suya propia.

Editofobia: a ser editado o borrado en un post.

Eisoptrofobia: a los espejos o a verse en un espejo.

Electrofobia: a la electricidad, choque eléctrico o electrocución.

Eleuterofobia: a ser libres, valerse por sí mismos y tomar decisiones propias.

Emetofobia: a vomitar en público, a ver vómito, a ver la acción de vomitar o a tener náuseas.

Enetofobia: a los prendedores, pinches

Enosiofobia: a cometer un pecado imperdonable o a la crítica.

Entomofobia: a una o más clases de insectos.

Eosofobia: al amanecer, a la salida del sol.

Epistemofobia: al conocimiento.

Equinofobia: a los caballos.

Ergofobia: al trabajo o al lugar de trabajo.

Eritrofobia: a ruborizarse.

Erotofobia: al sexo o a la sexualidad.

Escatofobia: a las heces.

Esciofobia: a las sombras.

Escopofobia o **escoptofobia:** a ser mirado fijamente.

Escotofobia o **Lygofobia:** a la oscuridad.

Escotomafobia: a quedar ciego, o no poder ver parcialmente.

Esriptofobia: a escribir en público.

Esfecsofobia: a las avispas.

Espaciofobia: miedo al espacio exterior extraterrestre.

Espectrofobia: miedo a los fantasmas, a los espíritus y a lo sobrenatural.

Espermatofobia: al semen y a los gérmenes.

Estasofobia: a estar parado.

Estaurofobia: a los crucifijos.

Estenofobia: las cosas o lugares estrechos.

Eufobia: a las buenas noticias.

Eurofobia: a los europeos.

Eurotofobia: a los órganos genitales femeninos.

F

Fagofobia: a tragar cosas.

Falacrofobia: a la calvicie.

Farmacofobia: miedo a tomar medicamentos, generalmente pastillas e inyecciones.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Fasmofobia: a los fantasmas.

Febrifobia: a la fiebre.

Filemafobia o **filematofobia:** a besarse.

Filofobia: a enamorarse y a establecer cualquier compromiso emocional con otra persona.

Filosofobia: a la filosofía.

Fobofobia: a las fobias.

Fomo (acrónimo de Fear of Missing Out): a no ser aceptado por los demás en redes sociales cuando estos ven las actividades que la persona realiza.

Fonofobia: a los ruidos, voces o su propia voz.

Francofobia o **galofobia:** a los franceses.

Frenofobia o **fronemofobia:** a pensar.

Friggatriskaidekafobia: al viernes 13.

Frigofobia: a las cosas frías.

G

Galeofobia: a los tiburones.

Gametofobia: al matrimonio.

Geliofobia: a la risa.

Gelotofobia: a que se rían de uno.

Geniofobia: a la barba.

Genofobia o **coitofobia:** a las relaciones sexuales.

Genufobia: a las rodillas.

Gefirofobia: a los puentes.

Gerascofobia: a envejecer.

Germanofobia: a los alemanes.

Gerontofobia: a la gente vieja.

Geumafobia: al gusto o sabor.

Gimnofobia: a la desnudez.

Ginefobia: a las mujeres.

Glosofobia: a hablar en público.

Gnosiofobia: al conocimiento.

Grafofobia: a la escritura.

H

Hadefobia: al infierno.

Hagiofobia: a los santos, las cosas santas o a los lugares sagrados.

Halitofobia: a no tener un aliento fresco.

Hamartofobia: a pecar.

Hapofobia: a tocar a alguien.

Haptefobia: al ser tocado.

Harpaxofobia: a los ladrones o a ser perseguido por un crimen.

Hedonofobia: a la sensación de placer.

Helenologofobia: a los términos griegos o de la terminología científica compleja.

Heliofobia: al sol.

Helmintofobia: a la infestación de gusanos.

Hemofobia o **Hematofobia:** a la sangre, relacionado con las inyecciones, heridas y accidentes.

Heortofobia: a las vacaciones.

Herpetofobia o **escoliodentosaurofobia:** a los lagartos, anfibios o reptiles en general.

Heterofobia: a los heterosexuales.

Hexakosioihexekontahexafobia o **trihexafobia:** al número 666 (representación de satanás o el anticristo).

Hidrofobia: al agua, a ahogarse a nadar.

Hidrofobofobia: a la hidrofobia.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Hierofobia: a los sacerdotes o las cosas sagradas.

Higrofobia: a la humedad o a la lluvia.

Hilefobia: al materialismo.

Hilofobia: a los bosques.

Hipengiofobia: a la responsabilidad.

Hipofobia: a los caballos.

Hipnofobia: al sueño o a ser hipnotizado.

Hippopotomonstrosesquippedaliofobia o **Sesquipedalofobia:** a la pronunciación de palabras largas.

Hipsifobia: a la altura.

Hobofobia: a los vagabundos.

Hodofobia: a los desplazamientos por carretera.

Hormefobia: a los choques.

Homiclofobia: a la niebla.

Homilofobia: a los sermones.

Hominofobia: a los hombres.

Homofobia: a la homosexualidad o de llegar a ser homosexual.

Hoplofobia: a las armas de fuego.

Hormefobia: al shock.

Hygrofobia: a la humedad.

I

Iatrofobia: a ir al doctor o a los doctores.

Ictiofobia: a los pescados.

Ideofobia: a las ideas o a la razón.

Ilingofobia: al vértigo o a mirar hacia abajo.

Iofobia: al veneno.

Ipovlopsychofobia: a que le tomen fotografías

Isolofobia o **ermitofobia:** a la soledad, estar solo.

Isopterofobia: a las termitas.

Itifalofobia: a ver, pensar en o tener el pene erecto.

K

Kainolofobia o **kainofobia**, **cenofobia**, **centofobia** o **neofobia:** a las cosas nuevas.

Kakorrafiobolia: a la derrota, al fracaso.

Katagelofobia: al ridículo.

Kathisofobia: a sentarse abajo.

Kifofobia: a inclinarse.

Kimofobia: a las ondas.

Klismaphobia: a los enemigos.

Koniofobia: al polvo.

Kopofobia: a la fatiga.

Kosmikofobia: a los fenómenos cósmicos.

L

Lacanofobia: a los vegetales.

Laliofobia o **lalofobia:** a hablar.

Leucofobia: al color blanco.

Levofobia: a todas las cosas del lado izquierdo del cuerpo.

Ligyrofobia: a los ruidos fuertes.

Lilapsofobia: a los tornados y huracanes.

Limnofobia: a los lagos.

Linonofobia: a las cuerdas, cordeles, hilos o a tejer.

Lipofobia: a las grasas presentes en los alimentos.

Lisofobia: a enojarse.

Liticaofobia: a los pleitos.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Lockiofobia: al parto.

Logofobia o **verbofobia:** a las palabras, a pronunciar ciertos fonemas.

M

Macrofobia: a las esperas largas.

Mageirocofobia: a cocinar.

Maieusiofobia: al embarazo.

Mastigofobia: al castigo.

Mecanofobia: a las máquinas.

Medomalacufobia: a perder una erección.

Medortofobia: a un pene erguido.

Megalofobia: a cosas grandes.

Melanofobia: al color negro.

Melisofobia: a las abejas.

Melofobia o **musicofobia:** a la música.

Medomalacufobia: miedo a perder una erección peneana.

Menofobia: a la menstruación.

Meningitofobia: a la meningitis.

Merintofobia: a la limitación.

Metalofobia: a los metales.

Metatesiofobia: a los cambios.

Meteorofobia: a los meteoritos.

Metifobia: al alcohol.

Metrofobia: a la poesía.

Micofobia: a los hongos.

Microbiofobia: a los microbios.

Microfobia: a las cosas pequeñas.

Mictofobia: a la oscuridad.

Mirmecofobia: a las hormigas.

Misofobia, germofobia, bacilofobia o **bacteriofobia:** a la contaminación, la suciedad y los gérmenes.

Mixofobia: a las materias viscosas, semilíquidas.

Molismofobia: a la suciedad.

Monofobia: a la soledad o a estar solo.

Mottefobia: a las polillas.

Musofobia: a los ratones.

N

Nebulafobia: a la niebla.

Necrofobia: a la muerte o a las cosas muertas o los cadáveres.

Nefofobia: a las nubes.

Nemofobia: a la anemia.

Nictofobia: a la oscuridad.

Nictohilofobia: a los bosques oscuros.

Nihilofobia: a la nada.

Noctifobia: a la noche.

Nomatofobia: a los nombres.

Nomofobia (“no–mobile-phone phobia”): a estar sin el teléfono móvil.

Nosofobia: a una enfermedad en específico.

Nosocomefobia: a los hospitales.

Nostofobia: a volver a casa.

Nucleomitufobia: a las armas nucleares.

O

Obesofobia, procresofobia: a aumentar de peso.

Oclofobia: a las muchedumbres o multitudes.

Ocofobia: a los automóviles.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Octofobia: a la figura del número 8.

Odinofobia: al dolor.

Odontofobia: a la cirugía dental.

Oenofobia: a los vinos.

Ofidiofobia: a las serpientes.

Olfactofobia: a los olores.

Ombrofobia: a la lluvia.

Ometafobia: a los ojos.

Omfalofobia: a los ombligos

Oneirofobia: a los sueños.

Ophthalmofobia: a ser mirado fijamente.

Optofobia: a abrir los ojos.

Ornitofobia: a los pájaros.

Ostraconofobia: a los crustáceos.

Ouranofobia: al cielo.

P

Panofobia, pantofobia, panfobia, omnifobia, polifobia, "miedo no específico": a todo.

Papafobia: al Papa

Papirofobia: al papel.

Paralipofobia: a descuidar un deber o responsabilidad.

Parafobia: a la perversión sexual.

Parasitofobia: a los parásitos.

Paraskevedekatriafobia: a los viernes 13.

Partenofobia: a las vírgenes o las muchachas jóvenes.

Parasitofobia: a los parásitos.

Patroiofobia: a la herencia.

Pediculofobia: a los piojos.

Pediofobia: a las muñecas.

Pedofobia: a los niños.

Peladofobia: a la gente calva.

Pelagrafobia: a la pelagra (enfermedad caracterizada por dermatitis).

Peniafobia: a la pobreza.

Penterafobia: a la suegra.

Phronemofobia: al pensamiento.

Pirexiophobia: a las alucinaciones por fiebre.

Pirofobia: al fuego.

Plutofobia: a la abundancia, a la riqueza.

Pneumatofobia: a los espíritus.

Pnigofobia o pnigerofobia: a ser estrangulado o a la sofocación.

Pogonofobia: a las barbas

Poinefobia: al castigo.

Politicofobia: a los políticos.

Polifobia: a muchas cosas.

Porfirofobia: al color púrpura.

Potamofobia: a los ríos o al agua corriente.

Potofobia: a beber alcohol.

Prosofobia: al progreso.

Proteinfobia: a las proteínas.

Pselismofobia: al tartamudeo.

Psicofobia: a la mente.

Psicrofobia: al frío.

Pteromerhanofobia: al vuelo.

Pteronofobia: al cosquilleo por las plumas.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Ptisiofobia o tuberculofobia: a la tuberculosis.

Pyrexiofobia: a las alucinaciones de la fiebre.

Pyrofobia: al fuego.

R

Rabdofobia: a la magia, varitas mágicas, bastones o bastonazos o a ser castigados con dureza.

Radiofobia: a estar expuesto a la radiación y a los rayos X.

Rectofobia: al recto y sus enfermedades.

Ripofobia: a defecar.

Ritifobia: a tener arrugas.

S

Satanofobia: a Satán.

Sciofobia: a las sombras.

Scopofobia: a ser observado

Scotofobia: a la oscuridad.

Scriptofobia: a escribir en público.

Sexofobia: al sexo opuesto.

Siderodromofobia: a los trenes.

Siderofobia: a las estrellas.

Sitofobia: a comer.

Snakefobia: a las serpientes.

Socerafobia: a los suegros.

Sociofobia: a la sociedad o la gente en general.

Socmefobia: miedo a las redes sociales.

Somnifobia: a dormir

Sophofobia: a aprender.

Soteriofobia: a la dependencia de otras personas.

Spacefobia: al espacio exterior.

Spectrofobia: a espectros o fantasmas.

Spheksofobia: a las avispas.

Stasibasifobia: a estar parado.

Stygiofobia: al infierno.

Syngenesofobia: a los parientes.

T

Tacofobia: a la velocidad.

Talasofofia: al mar u océano.

Tanatofobia: a la muerte o morir.

Tapefobia: a ser enterrado vivo.

Tapinofobia: a ser contagioso o contagiar alguna enfermedad.

Tecnofobia: a la tecnología.

Teleofobia: a definir planes y a las ceremonias religiosas.

Telephonofobia: a hacer o recibir llamadas telefónicas.

Teofobia o **Zeusofobia:** a Dios, los dioses o la religión.

Teologicofobia: Miedo a la teología "Estudio de Dios".

Testofobia: a los exámenes.

Tetrafobia: al número 4.

Textofobia: al tacto de alguna tela en particular.

Thaasofobia: a sentarse.

Thalassofobia: al mar.

Theatrofobia: Temor a los teatros.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

Theologicofobia: Temor a la teología.

Theofobia

Thermofobia: al calor.

Tokofobia: al embarazo o al parto.

Tomofobia: a las operaciones quirúrgicas.

Toxofobia: al veneno o al envenenamiento.

Traumatofobia: a las lesiones.

Tremofobia: a los terremotos, temblores.

Triskaidekafobia: al número 13.

Tropofobia: a mudarse o a realizar cambios.

Trypanofobia o **belonefobia:** a las agujas hipodérmicas, alfileres, jeringas o a las inyecciones en procedimientos médicos.

Tripofobia: a los huecos u hoyos en la piel u otros objetos.

Turofobia: al queso

U

Uranofobia: al paraíso o cielo.

V

Vestifobia: a la ropa.

Vitricofobia: al padrastro.

W

Wiccafobia: a las brujas.

X

Xanthofobia: al color amarillo.

Xerofobia: a la sequedad, los lugares secos como los desiertos.

Xirofobia: a las navajas barberas.

Xylofobia: a los objetos de madera o bosques.

Z

Zelofobia: a los celos.

Zoofobia: a los animales.

Información tomada de:

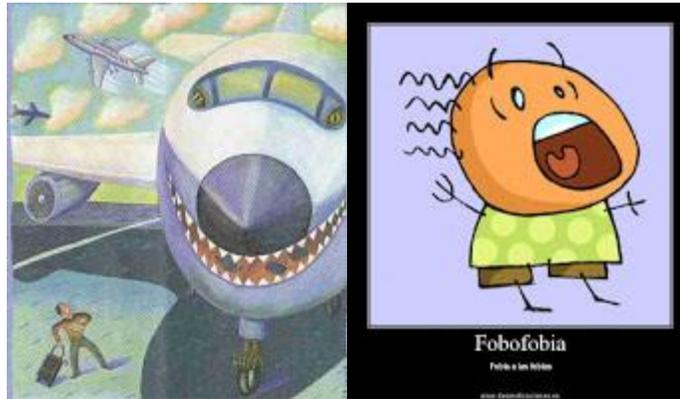
http://www.wikilengua.org/index.php/Lista_de_fobias

<https://www.allaboutcounseling.com/library/psychological-phobias/>

<https://www.apocatastasis.com/fobias-diccionario.php>

<https://www.merca20.com/5-fobias-del-siglo-xxi-y-la-era-digital/>

consultadas el 14 de julio de 2019



4. Criterios para delimitación diagnóstica.

Para que haya un trastorno fóbico se requiere que el miedo altere la vida diaria de la persona. Los fóbicos se sienten tan amenazados que harán hasta lo imposible para evitar o resistir activamente con miedo o ansiedad intensa el objeto o la situación temida; ese miedo o ansiedad se presenta de manera inmediata como respuesta ante la presencia o la anticipación de un estímulo que no corresponde con el peligro real, no puede ser explicado o razonado, está más allá del control y hace que la persona tenga un malestar clínicamente significativo que ira deteriorando su calidad de vida. Y esta alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (5ª edición, American Psychiatric Association [APA], 2013).



SIGNOS:

Si la persona no puede apartarse o evitar el estímulo y por alguna razón tiene que permanecer en dicha situación, en el plano cognitivo desencadenara una serie de reacciones que lo harán dudar de su capacidad para afrontar el problema, entonces manifestará voz temblorosa, auto verbalizaciones sobre consecuencias negativas, muecas faciales, movimientos extraños de las extremidades, rigidez y otras reacciones a nivel del sistema motor, nerviosismo, inquietud, impaciencia, fatiga, falta de concentración, irritabilidad, intranquilidad, tensión muscular, dolores de cabeza, sudoración, problemas gastrointestinales y en casos extremos alteraciones del sueño e incluso agresividad y violencia.

Para considerarlo a nivel patológico el miedo, ansiedad o la evitación a lo que causa miedo deben ser persistentes y durar típicamente 6 o más meses.

SÍNTOMAS:

Así como los signos, cuando un sujeto esta ante situaciones que despiertan su temor, miedo o ansiedad, también presenta diferentes síntomas, esto nos dan un referente de lo que está sucediendo a nivel fisiológico con el organismo de la persona, particularmente se da una activación del sistema nerviosos autónomo (simpático); esto se refleja en un aumento del ritmo cardiaco y la respiración, hay sudoración, inhibición de la salivación, contracciones estomacales, temblor injustificado, náuseas, alteraciones a nivel de la presión arterial, hormigueo o adormecimiento intenso, sensación de calor o frío extremos, falta de aire o sensación de ahogo, sudoración en las palmas de las manos, alteraciones a nivel gastrointestinal que provocan una sensación de vómito inminente, opresión torácica, y en general percepción irreal del grado de peligro de la situación que se está enfrentando.

Se deben delimitar claramente los signos y síntomas para evitar que se confunda el trastorno fóbico con algún otro de características similares, como son Agorafobia, trastorno de ansiedad social, de ansiedad por separación, de pánico, obsesivo compulsivo, trauma, los relacionados con estresantes, de estrés postraumático, de la alimentación, del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (fobias.net).



5. Etiología.

Aunque la mayoría de las personas que padecen una fobia, no recuerdan la causa específica que los llevó a desarrollar ésta, es claro que puede haber diversas causas que la originaron.

PSICOLÓGICOS.

Dentro de la psicología, se menciona, aunque no se especifica exactamente el origen, que las fobias pueden estar asociadas a experiencias angustiosas o traumáticas que se presentaron en el pasado, principalmente en la infancia o la

adolescencia; sin embargo. El niño asocia de manera negativa el elemento que le causa miedo. Esta asociación puede ser directa o indirecta (Flores, V, 2011).

- **Directa** se refiere a cuando el estímulo ha sido la causa que desemboca la fobia; por ejemplo, el niño es mordido por un perro y a causa de esto crece con fobia a los perros.
- **Indirecta** se refiere a cuando el miedo aparece sin estar asociado directamente con un estímulo; por ejemplo, un niño puede tener miedo a los perros porque alguien con una experiencia traumatizante al respecto, le ha dicho que los perros lo pueden lastimar, esto hace que en la psique del niño se empiece a crear una idea de que los perros son despiadados y agresivos y que pueden hacerle daño y aún cuando el niño no haya sido atacado nunca por uno de ellos, crecerá con miedo irracional hacia estos. En adelante, cuando el niño se enfrente al estímulo presentara signos y síntomas que si no son tratados adecuadamente desarrollara cinofobia.

Por eso es importante como psicoterapeutas indagar en el pasado del paciente, para ver a que situaciones desagradables se enfrentó en el pasado, que experiencias aversivas experimento, ya sean reales o imaginarias y poder percatarnos si estas alteraron de alguna manera los pensamientos del paciente, hirieron su autoestima y lo llevaron a desarrollar este tipo de trastorno.

BIOLÓGICOS.

El cerebro posee una preparación biológica para protegerse de los peligros comunes y esto ha sido desde tiempos inmemoriales, es importante hacer hincapié en que el miedo como mecanismo de defensa, es una reacción natural ante situaciones desconocidas, sospechosas y estresantes; muy útil a lo largo de la evolución humana, puesto que tener miedo le permitió al hombre adaptarse al medio ambiente, responder de manera correcta huyendo o enfrentando aquellas situaciones, animales o cosas que le podían hacer daño e incluso causar la muerte. Es decir, el miedo adaptativo es algo natural del ser humano; sin embargo, cuando ese miedo se vuelve irracional y patológico desencadena una serie de cambios químicos y fisiológicos que si no se tratan de manera adecuada pueden generarnos problemas a cualquier ser humano.

COMPORTAMIENTOS APRENDIDOS.

Una de las posturas que más adeptos tiene, es aquella que dice que las fobias son conductas aprendidas que inician desde la infancia y continúan en la adolescencia. Es claro que somos seres sociales y culturales y en los primeros años de nuestra vida estamos inmersos en un ambiente que, si es un ambiente

saludable, hablando psicológicamente, nos va a ayudar a desarrollarnos en plenitud; sin embargo, cuando esto no es así y en nuestro ambiente obtenemos patrones de conducta que no son del todo sanos, nos lleva a desarrollar los trastornos mentales con lo que tendremos que lidiar en el futuro.

Definitivamente unos padres que tengan patrones de comportamientos obsesivos o intolerantes conllevaran al miedo extremo y por lo tanto la presencia de síntomas de fobia; por ejemplo, si un padre tiene miedo a los roedores, puede transmitir este miedo a sus hijos, una persona que tenga pánico escénico o temor a hablar en público, hará que sus hijos también lo tengan, en los países occidentales hay la superstición respecto al número 13 y en los orientales al 4 y este pensamiento es transmitido de generación en generación (Fobia (s.f.). En *Wikipedia*).

GENÉTICA

Aunque no está del todo claro, hay quienes manifiestan que el desarrollo de una fobia tiene que ver con cierta predisposición genética; basan su argumento en el hecho de que no todas las personas sometidas a un determinado estímulo pueden desarrollar una fobia; por ejemplo, no todos los hijos de una madre con aracnofobia, desarrollaran un miedo a las arañas. Sin embargo, los detractores de estos, manifiestan que no necesariamente se trata de herencia genética, sino que puede ser un comportamiento aprendido y tiene más que ver con la información recibida ya sea oral o escrita.

6. Niveles de severidad FOBIA ESPECÍFICA.

ECUANIMIDAD

NIVEL	EFEKTOS
1	La persona tiene una salud psicológica adecuada, la relación que establece con la gente que lo rodea (familia, amigos, conocidos) es una relación donde predomina la confianza; tiene autocontrol. Sus áreas psicológicas están en equilibrio. Ante las situaciones que se le presentan, las analiza racionalmente, buscando diferentes soluciones y valorando que estas sean las adecuadas.
2	La persona colabora con sus congéneres de la comunidad en actividades que la favorecen, busca el bien común no sólo para él, sino también para su familia, busca participar en actividades que le agradan y dejan satisfechas sus necesidades. Si en algún momento llega a manifestar algún tipo de temor a situaciones o cosas, este es adaptativo y funcional.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

3	Busca tener una relación estable y saludable no solo con su familia cercana o grupo primario, sino con las personas que pertenecen a su comunidad y para ayudar a nutrir su estado de salud psicológica se involucra en situaciones tanto conocidas y desconocidas.
4	Tiene la iniciativa de participar y proponer proyectos incluyentes hacia las personas de su familia y comunidad, busca el bien común no sólo para él, sino también para su comunidad y hace lo posible porque estos proyectos tengan un impacto en el desarrollo del país, las actividades en las que se involucra buscan que sean satisfactorias para él y para las personas de su alrededor.
5	Esta en búsqueda no solo del bien común con su familia y comunidad, sino también con el país; participa en proyectos que de alguna manera benefician a la humanidad, con seguridad y sin temor alguno, siempre buscando que las actividades que realiza sean satisfactorias y agradables para él y la gente que lo rodea.

NEUROSIS

NIVEL	EFFECTOS
1	Siente un poco de temor ante ciertos estímulos, al tenerlos cerca se muestra ligeramente incómodo sin que esto afecte de alguna manera su salud psicológica y su relación con la gente que la rodea. Sin embargo, busca evitar en la medida de lo posible eso que le causa malestar.
2	Empieza a tener algún tipo de reacción evidente y algunas veces exagerada cuando está ante algún estímulo que le causa miedo, manifiesta irritabilidad y eso le genera problemas con la gente de su entorno, aunque los familiares y amigos cercanos no lo ven como un problema y permanecen dentro de su círculo social. Puede sentir algún tipo de malestar fisiológico a causa del miedo, como taquicardia, sudoración, cambio de temperatura, etc. de igual forma puede dejar de hacer ciertas tareas o trabajos cuando sabe que estará presente el estímulo al que le teme.
3	Se hace evidente el estado de ansiedad en el que se encuentra, puede ser que incluso al pensar en el estímulo fóbico le genere sensaciones de temor y angustia; incluso empieza a haber verbalizaciones de su miedo,

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

	<p>lo cual empieza a afectar sus áreas de vida. Tiene reacciones de irritabilidad la mayor parte del tiempo y cuando se enfrenta ante el estímulo o situación que le causa temor excesivo, tiene conductas desproporcionadas, tales conductas empiezan a molestar a las personas que la rodean, por lo que hay un distanciamiento mutuo. La gente de su círculo primario y amigos de confianza le reclaman el porqué de su conducta. Se vuelve descuidado, se aísla de lugares, gentes y situaciones, la mayoría de sus pláticas están enfocadas en hablar del objeto de su fobia y de lo mal que se siente al respecto. Sus amistades empiezan a sugerirle que pida ayuda profesional.</p>
4	<p>Los problemas empiezan a agravarse por su continuo estado de ansiedad y miedo irracional. Empieza a manifestar signos y síntomas o los que tenía con anterioridad se incrementan, en intensidad y frecuencia; tiene aumento del ritmo cardiaco y la respiración, hay sudoración, malestares estomacales, temblor injustificado, náuseas, alteraciones a nivel de la presión arterial, hormigueo o adormecimiento, variaciones drásticas en su temperatura corporal, falta de aire o sensación de ahogo y en general una serie de alteraciones que se dan por la percepción irreal del grado de peligro de la situación que está enfrentando. Por causa de su continuo estado ansioso y de temor, tiene problemas laborales y/o escolares, por falta de concentración, disposición, por su aislamiento, su ansiedad y angustia. Ha perdido contacto con las personas de su círculo social cercano y de confianza, debido a que evita diferentes situaciones y cosas que le generan malestar y que en definitiva el no puede controlar. Sus anhelos y fantasías están enfocados principalmente en tener el control sobre sus miedos y hacer que desaparezcan el o los estímulos a los cuales teme.</p>
5	<p>Tiene reacciones intensas y desproporcionadas ante las situaciones, personas o cosas que lo rodean; esto le impide funcionar adecuadamente en la sociedad, su humor es muy irritable por lo que las personas difícilmente se acercan a él, genera un ambiente tenso lo que provoca conflictos con la gente de su círculo social. Se siente en un constante peligro por lo que su salud se está viendo afectada gravemente; presenta temblores, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, taquicardias, etc. la mayor parte del tiempo. Busca el mayor aislamiento posible ya que no se puede abrir a relacionarse sanamente con otras personas, ese aislamiento también es con la finalidad de evitar aquello que le causa temor e incluso eso hace que descuide su aspecto personal. Aquellos que de alguna manera aún se preocupan por él le exigen que busque apoyo profesional.</p>

PSICOSIS

NIVEL	EFECTOS
1	La persona pierde el autocontrol, no ve con claridad y exactitud las cosas, puede empezar a tener delirios referentes a aquello que le causa un temor irracional y descontrolado, persiste su aislamiento, no solamente de las personas, sino también de las situaciones y más si las relaciona con el estímulo aversivo, en este punto únicamente cubre sus necesidades básicas.
2	Está en un estado permanente de ansiedad e irritabilidad descontrolada, tiene alucinaciones que hacen referencia al estímulo fóbico y las consecuencias catastróficas que se desencadenarían si este se presentara, estas alucinaciones lo hacen perder el control de su realidad. De igual forma solo se encarga de cubrir sus necesidades básicas y está en total aislamiento.
3	Las alucinaciones están presentes en su vida en un cincuenta por ciento, la mitad de su día lo vive en alucinaciones. Está convencido de que aquello a lo que teme le puede hacer un daño inminente, sus pensamientos catastróficos se intensifican. Su salud física y mental están significativamente deterioradas; sin embargo, el sujeto no se puede considerar como peligroso y de igual forma solo cubre sus necesidades básicas.
4	Las alucinaciones son una constante en su vida, están presentes la mayor parte del tiempo, los momentos de lucidez son mínimos, ya no tiene muy claro qué es real y que no. Hay un descuido total de su salud física y mental y su aislamiento es total; sin embargo, el sujeto no se puede considerar como peligroso.
5	Vive en un mundo de constantes alucinaciones lo que lo hace una persona agresiva y peligrosa, no tiene empatía por los demás ya que es difícil que distinga la realidad de la alucinación. Su salud es pésima.

7. Ejemplo de un caso.

Sebastián es un niño de 8 años, que actualmente cursa el tercer grado de educación primaria en una escuela pública de la ciudad de México. Vive con ambos padres, Susana de 40 años y Federico de 43, tiene una hermana de nombre Lucía, ella tiene 14 años. Su madre es ama de casa y su padre es Policía en una corporación de seguridad pública. Su hermana Lucía estudia tercero de secundaria en una escuela pública, tienen contacto frecuente con sus abuelos

maternos quienes viven en la Ciudad de Tehuacán, Puebla y a quienes visitan una vez al mes.

Sebastián dice tener dos “buenos amigos” en la escuela y refiere tener buena relación con el resto de sus compañeros, además de que ocasionalmente juega con sus vecinos. Sus actividades favoritas son jugar con sus amigos, salir de paseo los fines de semana con sus padres, visitar a sus abuelos en Puebla.

MOTIVO DE CONSULTA

Sebastián es remitido por sus padres porque se han dado cuenta de que “es un niño muy miedoso e inseguro”; incluso notaron que estos miedos se han intensificado con el tiempo. Su mayor temor es a la lluvia y a los rayos, su madre comenta que cuando llueve, llora, se oculta bajo la cama, no puede dormir, tiene dificultades para concentrarse y últimamente ha detectado que se muerde la cutícula de las uñas en las manos. Cuando Sebastián va a salir de su casa, siempre pide que revisen el estado del tiempo ya sea en internet o en la televisión y ha llegado a suceder que en temporada de lluvias no quiere ir a la escuela, “dice que está enfermo, que le duele el estómago o la garganta, todo con tal de no ir”, su padre menciona que cuando eso sucede Sebastián “no quiere que él vaya al trabajo o su hermana a la escuela”. En repetidas ocasiones les ha manifestado a sus padres que ya no quiere vivir en esta ciudad, quiere irse a vivir a Puebla, donde viven sus abuelos.

Los padres de Sebastián. dicen que siempre ha sido un niño muy nervioso, situación que manifestaba mordiéndose el interior del labio inferior o la lengua y chupándose el dedo pulgar cuando se sentía inseguro; sin embargo, desde hace aproximadamente un año se ha vuelto un niño más miedoso e inseguro, su madre notó que esto fue a raíz de que vio en las noticias que una colonia vecina a donde él vive se inundó debido a las fuertes lluvias. Cuando el vio esa noticia en su colonia también llovía mucho.

Cuando es temporada de lluvias y estas son frecuentes e intensas en la ciudad donde vive, Sebastián manifiesta tener mucho miedo, no quiere ir a la escuela y hace berrinches hasta que las lluvias cesan. Cuando terminó la temporada de lluvia el año pasado su comportamiento mejoro, por lo que sus padres no le dieron mucha importancia a lo ocurrido. Sin embargo, cuando vuelve a llover, se esconde en su cuarto debajo de la cama y no quiere salir, ni a la escuela o a jugar con sus amigos, menos a acompañar a sus padres de paseo. En los últimos 2 meses, sus conductas de evitación se han intensificado y vuelto más frecuentes incluso sus berrinches por que su padre y su hermana salen de casa se han intensificado.

En vacaciones atendían a las demandas de Sebastián y cuando empezaba a llover se quedaban en casa en la medida de lo posible para que él no se alterara. Pero cuando reiniciaron actividades su padre y su hermana, Sebastián incrementó la intensidad de sus miedos e según su madre empezó a presentar taquicardias, temblor en la mandíbula, sudoración de manos e incluso tuvo pensamientos catastrofistas que verbalizo en frases como “la lluvia va a derrumbar la casa” “le va a caer un rayo a mi papá”.

Cabe mencionar que en la ciudad donde viven sus abuelos, el clima es semidesértico, por lo que casi no llueve, además de que cuando los visitan generalmente es en primavera e invierno, por lo que Sebastián no ha experimentado lluvias en ese lugar.

Los padres de Sebastián creen que el problema del niño ya se les salió de control, porque su comportamiento de los últimos meses ha afectado su vida social, familiar y escolar, por lo que decidieron solicitar la ayuda de un terapeuta profesional.

IDx: Fobia específica (**Brontofobia, Keraunofobia**)

8. Recomendaciones para el tratamiento:

Es importante que el tratamiento se adapte a cada paciente, puesto que el mejor enfoque es el individual, aunque muchos profesionales recomiendan usar una combinación de tratamientos para obtener los mejores resultados.

TÉCNICA DE EXPOSICIÓN.

La mayor parte de los tratamientos para los trastornos fóbicos implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, por lo tanto, esta técnica es una de las más utilizadas al ser la más efectiva. Su intención es, enfocar las asociaciones que hace el cerebro con respecto a los temores, hacia una manera más balanceada de ver el mundo, habituando a la persona a aquello que le causa temor.

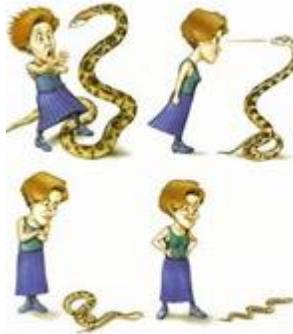
Algunos puntos importantes para la Terapia de Exposición son:

- El paciente debe saber identificar sus episodios de ansiedad o pánico y se recomienda que lleve un diario de la ocurrencia de estos.
- El paciente deberá diferenciar entre pensamientos reales e irreales y para poder ser expuesto a lo que le genera fobia con la menor ansiedad anticipatoria posible.

FOBIA ESPECÍFICA

Erandi González Téllez

- Como Terapeutas debemos proporcionar al paciente de la mayor información sobre el trastorno; explicar el tratamiento y educar sobre la fisiología y psicología de la ansiedad, miedo, fobia y la función de cada una.
- Orientar con empatía para generar una actitud activa en el paciente para facilitar las exposiciones del tratamiento.
- El tiempo de exposición debe ser de 20 a 40 minutos y cada 5 minutos el terapeuta estará monitoreando el nivel de ansiedad.



Hay varias modalidades de esta técnica:

De manera física o en vivo.

Esta se da en situaciones reales, usualmente se le pide al paciente que haga una lista de las situaciones u objetos que le causan miedo y a partir de ahí se practica alguno de los diversos métodos:

Auto-exposición: Se le pide al paciente que el mismo procure enfrentar cada una de las situaciones que describió en la lista, esto lo ira haciendo a su ritmo y empezara con aquellas que no le generan tanto miedo y asi ira exponiéndose gradualmente a las que le generan mayor miedo o ansiedad. Es recomendable que el paciente lleve un registro de sus experiencias (diario) para que cuando las revise en sesión con el terapeuta, este se dé cuenta de los obstáculos que tuvo el paciente y le dé las herramientas necesarias para enfrentarlos. Cabe mencionar que este método no es recomendable para todos los pacientes, ni para cualquier tipo de fobia, habrá casos en los que será necesario que un profesional este presente para contener las conductas que se generaran ante el estímulo aversivo.

En esta modalidad de la exposición en vivo se procura que las experiencias sean diarias, hasta que se logre generar una habituación y la ansiedad haya desaparecido.

Citaré un ejemplo de amaxofobia (miedo a conducir un vehículo):

Paso 1. El paciente puede intentar acostumbrarse al automóvil; familiarizarse con los asientos, el tablero, las proporciones del vehículo, etc. Cuando esto ya no le causa nada de ansiedad.

Paso 2. Puede intentar arrancarlo y dar una vuelta corta por un lugar bien conocido. Conforme se vaya sintiendo más cómodo.

Paso 3. Puede intentar con rutas más demandantes, hasta que ya nada de esto le cause ansiedad.

Exposición asistida: El terapeuta acompaña al paciente durante el proceso de exposición. En un ambiente controlado para que el terapeuta tenga el manejo de la situación (y que no salga contraproducente), se va enfrentando a la persona, de manera progresiva al estímulo o situación física que le causa conflicto, esto con la finalidad de que el paciente tome el control sobre la ansiedad que le genera.

Como en esta variación el terapeuta está presente, este puede exigir más del paciente, retando los pensamientos irracionales que van surgiendo y ayudándolo a cambiarlos por pensamientos más funcionales.

El estímulo fóbico se puede presentar directa o indirectamente, puede variar en la tasa o tiempo de exposición, de igual forma en el tiempo de respuesta de los pacientes ante el estímulo o también en si se usan o no estrategias de control cognitivo para que las personas aprendan a modificar las respuestas frente a los estímulos temidos (Pérez-Acosta, Andrés M., 2005).



Técnica de exposición en imaginación.

En esta Técnica, el objetivo es que el paciente imagine de forma intencional y lo más vívidamente posible que está experimentando las situaciones o estímulos temidos; por si sola esta técnica no es de mucha utilidad ya que tiene algunos contras, pero al ser complementada con exposición en vivo resulta de mucha utilidad. Tiene varias desventajas, algunas de ellas son:

- Muchas personas tienen dificultades para imaginar con detalle las situaciones o escenas e involucrarse en ellas.
- A veces la reproducción de la escena que estamos queriendo revivir es muy vaga, no la podemos mantener porque interfieren en nuestra mente otras situaciones que pueden deberse a una conducta de escape.
- No hay un compromiso real con la escena que estamos imaginando, por lo tanto, no se vive con emoción auténtica, se pueden agregar elementos que nos generan una sensación de protección ante la situación u objeto aversivo, para atenuar el miedo que nos hace sentir.
- Puede haber muchos distractores.
- Nuestra imaginación puede aumentar el grado de ansiedad y llevarnos a una crisis.
- Al desconocer que está sucediendo con la imaginación del paciente, puede que la escena que imagino se mantenga una vez que terminamos el ejercicio, lo cual saldría contraproducente.

Técnica de sobresaturación (inundación) imaginaria o en vivo.

En esta técnica el paciente se enfrenta por completo al estímulo y por lo tanto a la sensación de ansiedad que le genera la fobia, esto lo hace hasta que se supera la misma, no se trata de que se vaya acostumbrando poco a poco. Puede ser guiado por un profesional para imaginar lo que le causa el miedo irracional o se le puede presentar el estímulo o la situación en vivo. Sin embargo, se ha dejado de utilizar por la alta carga de estrés que produce, cada paciente es diferente y no todos pueden enfrentar de esta manera su fobia. Si esta técnica o cualquier otra utilizada en fobias no se adecua por completo al paciente y no es aplicada de manera correcta, puede hacer sufrir al paciente y podría empeorar el trastorno (Orgiles, M.; Rosa, A.; Santacruz, I.; Méndez, J.; Olivares, J. & Sánchez-Meca, J., 2002).

Técnica interoceptiva.

En esta modalidad la idea es realizar ejercicios que provoquen las sensaciones físicas de un ataque de ansiedad o pánico (palpitaciones, hiperventilación y tensión muscular), esto con la finalidad de que aprendan que las sensaciones físicas pueden ser incómodas, pero no son peligrosas y mucho menos conducen a las consecuencias catastróficas que ellos imaginan; se busca que haya una habituación a la ansiedad que rodea a estas sensaciones para que dejen de temerlas y tengan mayor control sobre las mismas.

Una vez que se provocan los síntomas de manera cuidadosa, se procede al control de los mismos, obviamente para ello con anterioridad ya instruimos al paciente en técnicas de relajación que le ayudaran a regresar a su equilibrio. Este tipo de terapia es efectiva para aumentar la tolerancia a las crisis de ansiedad cuando se está ante un estímulo fóbico; por sí misma no es muy útil para fobias; sin embargo, combinada con una exposición en vivo es de muchísima utilidad. Los ejercicios más comunes utilizados en la exposición interoceptiva son: provocar hiperventilación, hacer ejercicio (aeróbicos, spinning, correr, subir escaleras), consumir cafeína, contener la respiración, ir a lugares cerrados, etc. Algo que debemos tener en cuenta antes de aplicar esta técnica es que no todos los pacientes pueden tolerar una crisis de pánico y esto al contrario de aliviar podría incrementar la ansiedad.

Técnica de Exposición mediante realidad virtual.

La tecnología es una herramienta que en la actualidad nos puede ayudar a tener un mejor control del ambiente en el tratamiento de las fobias. Mediante la realidad virtual, podemos tener una alternativa a los procedimientos de exposición real o en vivo. Lo que se busca con ella es hacer que el paciente tenga la sensación de estar presente o inmerso en un ambiente donde está aquel estímulo que le desencadena la reacción fóbica. Para que dé resultados satisfactorios, debe conseguirse la sensación de que la persona no solo participa en el contexto, sino que está integrado en él. En la medida en que la realidad virtual consiga ese efecto, las ventajas frente a la exposición real pueden ser importantes, algunas de ellas serían:

1. En ocasiones es difícil acceder a los estímulos fóbicos para una exposición real.
2. La realidad virtual permite que el terapeuta construya el contexto y no que tenga que desplazarse a dicho contexto.
3. permite un mejor control del ambiente ya que se puede manipular el contexto sin que aparezcan estímulos o situaciones inesperados.
4. Con la realidad virtual se garantiza de mejor manera la confidencialidad, seguridad y privacidad del paciente.

Aunque no todo es benéfico con esta técnica ya que también tiene desventajas o limitaciones:

1. No sustituye totalmente a la exposición real. Tarde o temprano el paciente debe someterse a esta última.

2. El costo del hardware y del software es elevado y por lo tanto son muy pocas las personas que pueden acceder a ella.
3. Algunos pacientes presentan mayores dificultades que otros a la hora de sentirse verdaderamente inmersos en el contexto virtual. Y, hoy por hoy, no disponemos de predictores que nos informen de en quién sí funcionará y en quién no.
4. No existen trabajos que comparen la realidad virtual frente a técnicas imaginativas o de otra índole, que por mucho son más económicas.
5. En las investigaciones que se han realizado en este rubro, los usuarios señalan que, en la realidad virtual, el contexto es más similar al de un videojuego que al de cualquier película (Capafons, J, 2019).

Esta técnica tal vez en un futuro no muy lejano será de mucha utilidad para el tratamiento de las fobias, pero actualmente al estar en sus inicios, es muy poco efectiva y muy costosa.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

Esta técnica tiene como característica principal presentar al paciente de forma sucesiva, imágenes de estímulos evocadores de ansiedad mientras se encuentra en un estado de relajación. El paciente permanece en las situaciones temidas hasta que los síntomas de ansiedad comienzan a disminuir, con el fin de que corroboren por sí mismos que sus temores son infundados. Es muy importante que vaya acompañada de la sensación de autoeficacia, que el paciente sienta que puede controlar la situación, de lo contrario los resultados no serán los esperados.

Al ser una técnica aplicada en imágenes, tiene una gran ventaja y una desventaja, la ventaja es que elimina muchos inconvenientes que la exposición en vivo presenta y la desventaja es que a muchos pacientes les cuesta imaginar o divagan mucho en la imaginación, por lo tanto, es importante valorar de inicio, la capacidad imaginativa del paciente, para poder detectar problemas que pudieran presentarse e interferir con el desarrollo de la técnica.

El tratamiento consta de tres componentes distintos (Ángeles et al., 2012):

a) entrenamiento en la relajación progresiva de la musculatura.

Pueden utilizarse un sinnúmero de técnicas que ayuden a la relajación; meditación, estados emocionales positivos, auto-instrucción asertiva, etc. el objetivo es tener una respuesta que sea utilizada de forma rápida y fácil mientras se imaginan los

estímulos fóbicos. Uno de los procedimientos más utilizados es la Técnica de relajación Progresiva de Jacobson, esta consiste en aprender a tensar y relajar los diferentes grupos de músculos a la vez que se va prestando atención a las sensaciones asociadas a la tensión y a la relajación, para que posteriormente las pueda utilizar en presencia del estímulo fóbico ya sea real o imaginario y sea capaz de reducir la tensión muscular cuando se requiera.

Especificaciones de la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

Duración.

- Sesión de 10 a 20 minutos
- Dos sesiones diarias durante dos semanas
- Tensión de cada músculo durante 10 segundos y distensión durante 20 a 30 segundos.

Instrucciones básicas.

- Tenso con energía mi puño (bíceps, hombros, etc.)
- Libero y destenso mi puño, la tensión se disuelve poco a poco. Me siento sereno y descansado Todo mi puño, mi brazo y mi cuerpo están relajados.
- Cierro los ojos para concentrar mi atención en la sensación de tensión y distensión.

Estoy cómodo y relajado. No pienso en nada, concentro mi mente en las tensiones de mi cuerpo.

Se trabajarán 4 grupos principales de músculos:

- a. Músculos de la mano, antebrazo y el bíceps.
- b. Músculos de la cabeza, cara, cuello, hombros; también los de la frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua. Se prestará especial atención a la cabeza, ya que desde el punto de vista emocional la mayoría de músculos importantes están situados en esta región.
- c. Músculos del tórax, de la región del estómago y de la región lumbar.
- d. Músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies.

Al final se hace una tensión global del cuerpo: síntesis integradora (De Prado, D. 2005).

Para todos los ejercicios se recomienda trabajar al mismo tiempo la respiración al momento de relajar los músculos y también debe tenerse en cuenta que cada uno de estos ejercicios puede llevar varios minutos y depende de cada paciente el tiempo que tarde en conocerlos, hacerlos adecuadamente y llegar a dominarlos.

b) construcción de una jerarquía de miedos.

El paciente deberá elaborar una lista con situaciones típicas a las cuales teme especificando la mayor cantidad de detalles posible, con la finalidad de que ayude a ordenar los pasos que se irán dando en el acercamiento y manejo del estímulo fóbico; los estímulos se ordenaran desde los que provocan menos ansiedad a los que provocan mayor ansiedad, deben ser alrededor de 10 a 15, concretos y cercanos a la realidad del sujeto. Para poder asignarles un valor se utiliza una escala de graduación de intensidad de 0 a 100, donde 0 es un estímulo neutro o muy débil y 100 es el que provoca el máximo de ansiedad.

c) la desensibilización propiamente dicha.

En esta etapa se inicia por acordar una señal que el paciente realizará para indicar que está relajado o por el contrario si se siente con ansiedad. Para la sesión se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El paciente debe estar sentado en un lugar cómodo y desarrollando la técnica de relajación en la cual ya está entrenado.
- Se le presenta el primer estímulo de la jerarquía y se le pide que lo imagine con el mayor realismo posible. Si ante la presentación de éste el paciente indica ansiedad, de acuerdo a la escala determinada anteriormente, se le da la indicación de dejar de imaginar y volver a centrarse en la relajación.
- En caso de que no se produzca ansiedad el estímulo se mantiene en la imaginación durante 15 o 20 segundos, después de este tiempo, se le pide al paciente centrarse nuevamente en la relajación (40 o 50 segundos) y se vuelve a presentar el mismo estímulo siguiendo las mismas pautas, si nuevamente no se produce ansiedad se realizará una nueva pausa para centrarse en la relajación y después volver a presentarlo una tercera vez.
- Si no hay ninguna señal de la presencia de ansiedad durante la exposición, el tiempo de exposición del ítem se va haciendo un poco más largo en cada

presentación (1ª:15-20 s / 2ª: 25-30 s / 3ª: 35-50 s). Si hay problemas de ansiedad el tiempo de presentación no se alargará hasta que la exposición no se haya dado libre de ansiedad.

- Es importante mantener siempre un tiempo de atención en la relajación no inferior a 40 segundos entre las exposiciones, pudiendo alargarse si aparecen señales de ansiedad.
- La presentación consecutiva de un estímulo tres veces sin que se produzca ansiedad, o que la que se produzca no supere los 25 puntos es el criterio de desensibilización de ese paciente, en este momento es posible ya pasar al siguiente estímulo en la jerarquía.
- En general, en una sesión se pueden desensibilizar 3 o 4 estímulos.
- Si durante la exposición de un estímulo se producen respuestas de ansiedad persistentes (se ha presentado ya cuatro veces y no hay reducción de la ansiedad), se retrocede al estímulo desensibilizado anterior y se termina la desensibilización para identificar el problema que pudiera estar generando esa ansiedad excesiva (dificultades en la imaginación o en la relajación) (Ángeles et al., 2012).

En resumidas cuentas, el objetivo de esta técnica consiste en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas, de tal manera que se rompa el vínculo entre la imagen causante del estrés y la respuesta de ansiedad. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación: **lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda.**

DIÁLOGO SOCRÁTICO.

Es una técnica en la cual, un psicoterapeuta a través de una serie de cuestionamientos guiados, busca información sobre los estímulos a los que teme un paciente fóbico y se intenta detectar cuáles son los pensamientos o creencias que están generando ansiedad y que impiden su correcto desempeño; lo que se busca es hacer una disonancia cognitiva (darse cuenta de que sostenemos creencias contradictorias sobre un punto en particular). Si el terapeuta logra generar ésta, el pensamiento se vuelve más flexible, menos idiosincrático y más adaptativo de la realidad, lo cual permitirá modificar y aclarar los conceptos erróneos con relación a los factores implicados en la fobia, para romper con los mitos generadores de miedos a determinadas situaciones (Partarrieu, A. 2011).

Principales objetivos:

- Que se resuelva el problema base que en este caso es la percepción del estímulo fóbico.
- saber que tan útiles son los pensamientos.
- Alcanzar nuevos conocimientos.
- Modificar pensamientos irracionales, ideas y aquello que no nos está siendo funcional en la vida.

Algunas preguntas que nos pueden ayudar:

1. Para la petición de pruebas que mantienen los pensamientos o creencias irracionales.

“¿Qué pruebas hay para que yo crea eso? ¿Qué pruebas hay de que lo que digo es así? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?”

2. Para indagar las alternativas interpretativas a los pensamientos o creencias disfuncionales.

“¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso? ¿Esto lo podría interpretar de otra forma? ¿Cuál sería otra forma de ver, entender o interpretar esta situación?”

3. Para explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos o creencias disfuncionales.

“¿A qué le lleva pensar eso? ¿Le ayuda en algo?”

4. Para comprobar la gravedad de las predicciones negativas.

“¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?, suponiendo que ocurriese ¿cuánto durarían sus efectos?, ¿Podría hacerse algo?”

5. Para conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación.

“¿Qué quiere decir con? ¿Qué significa esto para mí? ¿Qué beneficios trae para mi pensar de ese modo?”

TERAPIA FARMACOLÓGICA.

El tratamiento farmacológico es útil para tratar la ansiedad, por lo tanto, es funcional en el tratamiento de los trastornos fóbicos, aunque es importante aclarar

que no se debe tomar como un único tratamiento, siempre debe complementarse con algún tipo de terapia psicológica.

En la farmacología no podemos decir que haya un tratamiento específico para cada tipo de fobia, pero los medicamentos prescritos correctamente pueden ayudar a enfrentar mejor el estímulo aversivo, por ejemplo, un aerofóbico, cuando sabe que viajara en avión, puede tomar un tranquilizante, su fobia no se soluciona, pero le permite realizar el viaje con relativa tranquilidad.

Los medicamentos más utilizados en este tipo de tratamientos son los **ansiolíticos, antidepresivos y betabloqueadores**. El objetivo principal de estos es reducir el nivel de ansiedad, actúan sobre el sistema límbico y la corteza cerebral; sin embargo, deben administrarse siempre bajo prescripción médica y con sumo cuidado ya que no todas las personas reaccionan de igual forma al mismo fármaco, por eso se debe hacer una valoración exhaustiva sobre a quién se está atendiendo (Christophe A., 2006).

Ansiolíticos.

Tranquilizantes menores que tienen una acción depresora del sistema nervioso central, lo que hacen es disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad.

Diacepam. Relajación muscular, facilitador de sueño, anticonvulsivos.

merpobamato relaja los músculos.

butirofenonas Si la ansiedad presenta temblores

Antidepresivos

Estos se utilizan en casos extremos por los efectos secundarios que provocan (cefalea, vértigo, somnolencia, sequedad de boca, pérdida de apetito, diaforesis, insomnio, náusea, debilidad neuromuscular, estreñimiento y diarrea. Dentro de las reacciones adversas poco frecuentes se encuentran el nerviosismo, ansiedad, temblor, parestesias, mialgias, palpitaciones, vasodilatación, hipotensión postural, disminución de la libido e impotencia).

Antidepresivos que pertenecen al grupo SSRIS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina): *Paroxetine*, *Clomipramine*, *Citalopram*, *escitalopram*, *Moclobemide* y *venlafaxine* usados en trastornos de pánico y desorden de ansiedad generalizada.

Benzodiacepinas.

son sedantes que ayudan a sentirse tranquilo disminuyendo la ansiedad, actúan sobre el sistema nervioso central con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes. Deben utilizarse con suma precaución ya que suelen ser adictivas. Cuando hay reporte de antecedentes de abuso de drogas o alcohol, debe evitarse el consumo de estos fármacos.

- *por la terminación -lam o -lan: triazolam, oxazolam, estazolam, alprazolam, midazolam.*
- *por la terminación pam y pan: diazepam, lorazepam, lormetazepam, bentazepam, flurazepam, flunitrazepam, clonazepam.*
- Hay excepciones como el *Tranxilium* (clorazepato dipotásico) o el *Librium* (clordiazepóxido).

Betabloqueantes

Encargados de controlar los efectos de la adrenalina que induce la ansiedad. Trabajan principalmente en el corazón y los vasos sanguíneos donde actúan para reducir la presión arterial. En el tratamiento de los trastornos fóbicos, sirven para aliviar los síntomas de ansiedad, como palpitaciones, ritmo cardíaco acelerado y temblores. También deben administrarse con precaución por los efectos secundarios que provocan, los cuales son: aumento de la presión arterial, ritmo cardíaco, palpitaciones, temblores, cansancio, dolor de cabeza, mareos, trastornos del sueño, impotencia, indigestión, trastornos visuales, ojos secos, etc.

- *Acebutolol, atenolol, bisoprolol, celiprolol, carvedilol, metoprolol, nadolol, labetalol, nebivolol, oxprenolol, pindolol, propranolol, sotalol. Timolol.*

Hay un sin número de alternativas para tratar las fobias, algunas de ellas no tienen un fundamento científico y por lo tanto no son consideradas como alternativas viables; sin embargo, las menciono a continuación (Pérez, A., A. 2005).

Las Técnicas mencionadas anteriormente tienen un sustento teórico y científico para el tratamiento de los trastornos fóbicos; sin embargo, hay otro tipo de terapias que si bien no tiene tal sustento podrían llegar a ser de utilidad para quien las toma como alternativa, estas son:

Desintoxicación digital (en Nomofobia).

En la actualidad se ha vuelto un problema el uso de dispositivos digitales, por lo tanto, en algunos países ya se están realizando programas de desintoxicación digital, y son análogos a los centros de desintoxicación por abuso de sustancias,

en ellos se limita de forma total o parcial el uso de dispositivos electrónicos como teléfonos inteligentes u ordenadores. Al mismo tiempo, se llevan a cabo actividades que promuevan la relajación y el autocontrol.

Hay empresas que de igual forma promueven y brindan los espacios para realizar actividades extramuros para sus empleados, enfocadas a la desintoxicación digital, así estimulan al personal a una disminución de la ansiedad que genera el estar conectado de forma continua a la tecnología.

Otra modalidad de este método, es la desintoxicación digital por cuenta propia. Aunque esta exige una mayor fuerza de voluntad para lograr la meta.

Hipnosis analítica

Es considerada una herramienta que permite vaciar la mente, haciendo que el subconsciente elimine toda causa posible de miedo o temor. Quienes la practican consideran como ventaja que la persona puede llegar a tener incluso más control sobre sus emociones debido a que el terapeuta se adentra en el subconsciente con la finalidad de cambiar patrones de comportamiento. Esto puede dar con el problema o la causa de la fobia abordando el desencadenante de esta y eliminar la respuesta condicionada al estímulo. Se considera que en lugar de tratar sólo los síntomas, la hipnoterapia puede curar totalmente el trastorno con un resultado duradero y al necesitar una sesión es más económica.

Terapia de Yoga

Es un tipo de terapia de energía que modifica los hábitos del comportamiento. Basados en la estimulación de puntos de energías con la finalidad de cambiar la química del cerebro. Tiene poca eficacia, pero ha sido aceptada por muchos especialistas que han tratado algunos tipos de fobias específicas.

Programación neurolingüística

Es una combinación de comunicación, psicoterapia, desarrollo personal que se basan en la modificación de habilidades y trastornos de aprendizaje. Se basan en el comportamiento con el fin de convertir la fobia en una conducta de relajación y calma.

Terapias de inteligencia emocional

Muchas personas aprenden a usar la inteligencia emocional para controlar ansiedades y miedos en ellas el paciente comienza a desarrollar la capacidad de reconocimiento, autoconfianza, aceptación, comprensión; se familiarizará con los

impulsos y debilidades, logrando frenarlos equilibradamente. A su vez favorece la bioquímica de los fármacos, disminuyendo los efectos del estrés y la ansiedad.

Libros de ayuda personal

Existen libros y diversos materiales que ayudan a la persona afecta con la finalidad de superar el miedo.

9. Referencias bibliográficas.

- Ángeles, Ma.; Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). Desensibilización Sistemática y Técnicas de Relajación. En Ángeles, Ma.; Díaz, M. & Villalobos, A. (Ed.), Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (pp. 239-273). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Pérez-Acosta, Andrés M., Fundamentos de las Terapias de Exposición contra las Fobias: Una Propuesta Teórica Integradora de la Conducta de Evitación. *Terapia Psicológica* [en línea] 2005, 23 (junio) : [Fecha de consulta: 14 de julio de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523103>> ISSN 0716-6184
- Orgiles, Mireia.; Rosa, A.; Santacruz, I.; Méndez, J.; Olivares, J. & Sánchez-Meca, J., Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: Terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología conductual*, (En línea) 2001 de vol. 10, no. 3, 2002, pp 481-502, Universidad de Murcia, España.: fecha de consulta 15 de julio de 2019, Disponible en <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/7068.pdf>
- Capafons Bonet, Juan I., Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema* 2001, Fecha de consulta: 17 de julio de 2019, Disponible en:<<http://ww.redalyc.org/articulo.oa?id=72713310>>
- Capafóns, J., Sosa, C., D., Averó, P., (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo, recuperado el 20 de julio de 2019, disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72790102>>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5^a ed.). Arlington, VA:. American Psychiatric Publishing
- Fobia (s.f.). En *Wikipedia*. Recuperado el 10 de julio de 2019 de <https://es.wikipedia.org/wiki/Fobia>

- ¿Qué es una fobia?. en Diccionario de Fobias. (2019). Recuperado el día 16 de julio de 2019 de <http://www.fobias.net/>
- Ortega, L., Los 20 tipos de fobias más comunes y su significado (s.f.), recuperado el 14 de julio de 2019 de <https://www.lifeder.com/tipos-de-fobias/>
- Bermudez, G., (2003). *Evaluación y categorización de las fobias específicas en niños y adolescentes*, Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Christophe A., (2006), *Psicología del miedo. Temores, angustias y fobias*. Barcelona. Editorial Kairós.
- Prado Diez, D., (2011). *Relajación progresiva de tensión/distensión (T/D) de Jacobson*. En *Relajación creativa integral principios y técnicas* (Ed. 2ª), capítulo 10. Santiago de Compostela.
- Prado Diez, D., (2011). *Relajación creativa integral principios y técnicas*. En *Relajación creativa integral principios y técnicas* (Ed. 2ª), Santiago de Compostela.
- Partarrieu, A., (2011). *Diálogo Socrático en Psicoterapia Cognitiva. XVIII Jornadas de Investigación del Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, disponible en <http://www.aacademica.com/000-052/236>
- Flores, C., (2011), *Fobias: descripción, origen y características*, Tesis de Licenciatura, FES Iztacala, UNAM, México, disponible en <https://latecnicapsicologica.webnode.es/metodos-ytecnicas/tecnicas-de-exposicion/exposicion-en-imaginacion/>
- ¿Qué son las fobias y cómo superarlas?, (s.f.) consultado en julio de 2019, disponible en <https://fobias.online/>
- Universidad de Colombia (20 de septiembre de 2013), recuperado el 12 de julio de 2019, disponible en <https://noticias.universia.net.co/en-portada/noticia/2013/09/20/1050835/fomo-sindrome-exclusion-redes-sociales.html>
- Mesa editorial Merca 2.0 (13 de enero de 2014), consultado el 12 de julio de 2019, disponible en <https://www.merca20.com/5-fobias-del-siglo-xxi-y-la-era-digital/>