

## CAPÍTULO 26

### LAS FOBIAS

**José Tomás Vilaltella**

#### **A.- GENERALIDADES**

Etimológicamente fobia significa, miedo, pánico y terror. La descripción de los miedos irracionales se puede leer, ya, en los papiros egipcios y en el Corpus Hipocraticum. Como terminología médica aparece en primer lugar, en un trabajo de Celso en el que se refiere a la hidrofobia como un síntoma importante de la rabia. Según Marks (1969) el concepto de fobia en su acepción actual aparece en 1801.

El niño y el adolescente a lo largo del desarrollo deben enfrentarse a situaciones nuevas, con las que deben familiarizarse. Los miedos irrelevantes de escasa intensidad y no perdurables son muy frecuentes en la infancia y en la adolescencia:

- a) Miedo de la oscuridad
- b) Miedo a la soledad
- c) Miedo a ciertos animales, pequeños o grandes
- d) Miedo a personas extrañas
- e) Miedo a fantasmas o monstruos
- f) Miedo del agua,
- g) Miedo de las heridas y de los accidentes
- h) Miedo a enfrentarse y ser agredido por otro

## *Las fobias*

- i) Miedo al rechazo de los demás
- j) Miedo a las deformaciones del propio cuerpo
- k) Miedo al otro sexo, etc.

El niño y el adolescente, podrán enfrentarse con más posibilidades de éxito a un miedo banal si los padres ejercen una acción de soporte, lo apoyan, al mismo tiempo que respetan el ritmo de adecuación a tenor de sus capacidades de adaptación a la situación generadora de miedo. Si los padres actúan con una actitud de facilitación-sobreprotección, evitando de forma constante y excesiva el enfrentamiento con la situación de peligro, el niño se volverá temeroso generando una "personalidad evitadora" incapaz de soportar la experiencia de miedo. Por otra parte si los padres ejercen una acción de enfrentamiento del niño, con los objetos generantes de miedo por encima de sus posibilidades de adecuación físicas y psíquicas, entonces el fracaso del niño para enfrentarse a este miedo, conllevará una elevación notable de la resistencia a enfrentarse con aquello que es objeto de temor.

Desde un punto de vista educativo el niño debe aprender a evitar de forma progresiva las situaciones que representen un peligro objetivo, sin enfrentarse a riesgos inútiles y a su vez conviene que aprenda a reconocer aquellas situaciones que si bien le producen temor no constituyen una situación de riesgo, madurando con el progreso que significa ser capaz de afrontar lentamente situaciones nuevas.

Los miedos son habituales en la infancia. Hablaremos de fobia cuando un miedo específico se asocia a una conducta de evitación, produciendo un daño en la adaptación personal o en la relación social del niño. Así la fobia consiste en la repulsión o temor angustiante específicamente dependiente de la presencia de un objeto, ser o situación que, por sus características concretas no justifica este estado de angustia.

### **Definición**

Cada vez más se tiende a referirse a trastorno fóbico, en lugar de fobia; en este concepto, se agrupan los trastornos donde la ansiedad sola o de forma predominante se manifiesta en situaciones o frente a objetos bien definidos, externos al sujeto, que no revisten en si mismos ninguna peligrosidad. La evitación aparecerá como una consecuencia indispensable.

Si bien la angustia es masiva, flotante y generalizada en los trastornos de ansiedad, en la fobia se cristaliza sobre un elemento concreto, por ello el niño elabora estrategias para evitar el objeto fobógeno:

- a) Conductas de evitación, con ellas se evita enfrentarse al objeto amenazante.

- b) Conductas de reafirmación, como pueda ser el utilizar un objeto o hacerse acompañar por una persona que le da seguridad (conducta contrafóbica).
- c) Conducta de huida hacia adelante, consistente en hacer un esfuerzo importante de voluntad y afrontar la situación fóbica.

La ansiedad fóbica no se diferencia, ni subjetiva ni psicológicamente, ni por la conducta, de cualquier otra forma de ansiedad, y va desde la sensación de un leve malestar hasta una reacción de terror. La ansiedad puede focalizarse a través de síntomas personales, palpitaciones, mareos, desvanecimientos y muy a menudo se asocia a miedo a morir, o a perder el control de sí mismo o volverse loco. No se alivia, por que los demás no vean el peligro. Solo pensar en la situación fóbica, ya se genera ansiedad (ansiedad anticipatoria).

### **Valoración epidemiológica**

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto la existencia de múltiples miedos que no interfieren el desarrollo del niño y del adolescente y que de la misma forma que aparecen, desaparecen, a lo largo del desarrollo.

Entre los niños de 6-12 años, un 43% presentaban como mínimo siete tipos distintos de miedo. La fobias propiamente dichas no son frecuentes, aparecen de 0,8-1,1% en los niños de 10-11 años de la población general y en menos de un 5% de los niños que acuden a una consulta de psiquiatría. La prevalencia del síntoma es prácticamente idéntica en los dos sexos, pero a partir de la adolescencia va incrementándose el porcentaje de niñas en relación al de niños, al tiempo que la intensidad de estas fobias es más elevada en las niñas. Cuando la fobia aparece en edad muy temprana, generalmente los familiares presentan fobias en grado significativo.

La frecuencia de la fobia social, a la que nos referiremos después, es un poco más elevada y oscila entre 2,3-9,3% según los diversos autores

Un 50% de los pacientes adultos afectados de trastorno fóbico ha presentado este tipo de patología en la infancia o adolescencia.

Las fobias aisladas son fobias restringidas a situaciones concretas como: proximidad a ciertos animales, a las alturas, a la oscuridad, a los aviones, a los truenos y tormentas, a los espacios cerrados, a ingerir determinados alimentos, a usar lavabos públicos, a la sangre o heridas, a los dentistas, o a determinadas enfermedades. El factor desencadenante suele ser discreto, pero ello no implica que no produzca pánico. Estas fobias se instauran a lo largo de la infancia y la adolescencia y si no se tratan persisten en la edad adulta. La gravedad dependerá básicamente de la mayor o menor ansiedad anticipatoria utilizada para evitar la situación fóbica.

Fobias comunes de la Infancia

Tipo de temor	Denominación
a) Todos los animales	Chafobia
b) Sangre	Hematofobia
c) Gatos	Ailurofobia
d) Oscuridad	Nictofobia
e) Perros	Cinofobia
f) Fuego	Pirofobia
g) Suciedad, gérmenes	Misofobia
h) Alturas	Acrofobia
i) Insectos	Entomofobia
j) Espacio pequeño o cerrado	Claustrofobia
k) Serpientes	Orfidofofia
l) Arañas	Aracnofobia
m) Extraños (personas)	Xenofobia
n) Truenos	Brontofobia

La fobia social, suele iniciarse en la adolescencia, consiste en miedo a ser observados por los demás, apareciendo reacciones de evitación intensa frente a ciertas situaciones sociales. Es más frecuente en los varones. Puede consistir, por ejemplo, en no comer o no hablar en público, no relacionarse con personas del otro sexo, no soporta que se le mire mientras escribe, entre otras. La fobia social se relaciona con un nivel bajo de autoestima, miedo a la crítica y al ridículo. Les molesta mirar de frente, suelen desviar la mirada, se sienten frecuentemente afectados de mareos, o precisan satisfacer una necesidad urgente de micción, miedo a ruborizarse. La evitación puede conducir a un autentico aislamiento social. Los pacientes suelen estar convencidos de que el síntoma es la autentica causa de la ansiedad.

La agorafobia se comprende como el miedo a los espacios abiertos y es extensible a la angustia de las grandes aglomeraciones de gente, o al miedo a no poder salir o huir de una situación dada, hacia un lugar seguro, que habitualmente se trata de su propia casa. Por ello este vocablo hace referencia a un grupo de fobias que a de veces se imbrican entre si, como es, el miedo a alejarse del domicilio propio, a los lugares públicos, a las multitudes, a los viajes en tren, metro, autobús y/o avión.

La intensidad de la conducta de evitación y de la ansiedad es variable, pero como puede adivinarse, este tipo de fobia es la más incapacitante de todas y no es infrecuente que algunos enfermos no quieran salir de casa y opongan una resistencia dramática. Tienen mucho miedo a presentar un colapso o un desmayo, y quedarse en circunstancias de desamparo. No es muy frecuente en la

infancia. Su incidencia en la adolescencia es escasa y suele ser más frecuente en el final de la juventud y más todavía en el sexo femenino.

### **Etiología:**

Se han desarrollado diversas teorías explicativas sobre la génesis de las fobias, las hipótesis de tipo psicoanalítico apoyan el criterio de que su génesis descansa sobre un mecanismo defensivo, que consistiría en el desplazamiento simbólico de un miedo primario intolerable sobre otros objetos o situaciones.

Los estudios con condicionamiento clásico han demostrado que determinados miedos tienen su origen a través de un proceso condicionante de aprendizaje y al mismo tiempo, también se ha podido apreciar que el descondicionamiento es un buen recurso terapéutico, contra las fobias, en muchas ocasiones. En la actualidad todavía no se sabe lo suficiente como para valorar la contribución de un aspecto etiopatogénico u otro en la génesis de las fobias.

En síntesis y a modo de referencia resumiremos ahora la aportación de la teoría psicoanalítica, la del desarrollo y la del aprendizaje.

Desde un punto de vista **psicoanalítico**, hay que recordar que ya Freud analizó la fobia a los animales en un niño de cinco años y la relacionó a la teoría edípica. El Yo se protege, en la génesis fóbica, cuando esta es de tipo edípico o sea ligada a un Yo evolucionado a través de diversos mecanismos de defensa:

- 1) Rechazo: las pulsiones sexuales y agresivas se expresan de forma deformada
- 2) Transformación en lo contrario: la pulsión prohibida, se transforma en su contrario, el deseo debido a la prohibición y a la culpabilidad se transforma en temor
- 3) El desplazamiento: el fin primario que tenía la pulsión se sustituye por otro que se le relaciona de tipo simbólico
- 4) A estos mecanismos fundamentales pueden asociarse otros como la negación, la racionalización y el aislamiento afectivo,

Los miedos más arcaicos, como el miedo a la oscuridad, a la soledad, desaparecen cuando el desarrollo de las funciones del Yo como la memoria, el sentido de la realidad, la lógica, aparecen y se desarrollan.

Desde un punto de vista de la **teoría evolutiva**, debe destacarse que los miedos son normales en el curso del desarrollo, son inevitables y pueden por lo tanto analizarse desde un punto de vista evolutivo.

El miedo sería una emoción que pone en juego un conjunto de reacciones esenciales para la supervivencia del individuo y de la especie (reacción

de alarma, hipersensibilidad de alarma). Las situaciones y objetos que desencadenan estas reacciones de miedo se modifican con la edad y tienen algo que ver con el sentimiento de supervivencia en cada momento evolutivo, en función de las capacidades que se han adquirido.

- 1) El niño que inicia y domina el andar, teme la separación de los padres o su pérdida
- 2) En edad escolar el niño que adquiere desarrollo físico, pero no tiene fuerza, teme los ataques y las heridas que los demás le puedan hacer.
- 3) El adolescente frente a su independencia y el sentimiento de necesidad de reproducirse tiene miedo de perder su situación actual, y de fracasar en su relación con el sexo opuesto.

El miedo es el indicador de la conciencia del estado de desarrollo de uno mismo y de las consecuencias que se derivan de ello (conciencia de las capacidades y límites de cada uno), a la vez que es un indicador de la mejor comprensión del entorno y sus peligros.

La valoración de lo que es peligroso, depende del contexto familiar. La influencia de los padres, en la aparición del miedo y en la génesis de las fobias puede observarse de diferentes formas:

- 1) Un padre puede presentar una fobia (animales, tormentas, truenos, etc) que se transmitirá directamente al niño, a través de sus reacciones verbales o su estar físico
- 2) Los padres a través de la sobreprotección evitan al niño, que se enfrente a situaciones que no son peligrosas en sí mismas, el niño no está, entonces, nunca en contacto con situaciones que le permitan familiarizarse con un cierto riesgo y adquirir un dominio de sí mismo.
- 3) Un padre puede enfrentar al niño a una situación a la cual este no está ni preparado ni tiene capacidad de superar, por ejemplo: a nadar, si tiene miedo al agua o acariciar a un perro, que le da miedo; esta actitud aumenta el miedo, genera fobia, en lugar de atenuarla

Desde un punto de vista de la **teoría del aprendizaje**, hay que recordar que ya Watson presentó el caso de un niño de once meses al cual indujo una fobia a través del condicionamiento.

El niño frente a diversos estímulos no manifestaba al inicio ninguna reacción de miedo, pero al asociar la aparición de estos estímulos con un ruido violento, comporta que el niño reaccione de forma atemorizada a los estímulos iniciales cuando se le muestran después solos (se ha convertido en un

estímulo condicionado). Después este temor, generaliza, hacia otros objetos y situaciones, que al inicio tenían carácter neutral.

Más tarde Mary Jones, a un niño de tres años con diversos miedos adquiridos, lo sometió a un programa de descondicionamiento progresivo consistente en exponer al niño a los estímulos ansiógenos poco a poco, asociando un estímulo importante de tipo positivo placentero más fuerte que el generador de la reacción indeseable (desensibilización progresiva), el miedo a los conejos y los otros miedos asociados fueron desapareciendo progresivamente. Así, las fobias pueden comprenderse por uno de los tres mecanismos siguientes:

- 1) "Condicionamiento simple", que exige de entrada la presencia de un fondo de ansiedad, de tal forma que un estímulo neutro que coincida con una exacerbación de la ansiedad preexistente se convertirá en un estímulo condicionado. El condicionamiento implicará un temor intenso y recurrente, la evitación consiguiente del estímulo condicionado no permite la extinción del condicionamiento.
- 2) En el "condicionamiento operante", el niño recibe refuerzos sociales continuos hacia la ansiedad tanto por parte de su familia como de otras personas próximas afectivamente a él. Este modelo, al igual que el anterior, también exige la presencia de una recurrencia de los miedos.
- 3) En la combinación de los dos mecanismos anteriores. La experiencia fóbica inicial se desencadena por el condicionamiento simple y se mantiene gracias al condicionamiento operante.

### ***Diagnóstico diferencial:***

Deben distinguirse de los miedos normales del desarrollo en primer lugar, al mismo tiempo que de las otras manifestaciones clínicas propias de los trastornos de ansiedad.

- a) En la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se encuentran miedos, y conductas de evitación, pero en ningún caso, el paciente los reconoce como miedo irracional o excesivo.
- b) En los pacientes afectos de patología de evitación, sea por presentar ansiedad de evitación, o personalidad evitadora, si presenta un comportamiento evitador excesivo de situaciones sociales, debe sospecharse la presencia de un trastorno esquizofreniforme
- c) La ansiedad y la angustia de separación si se asocian con rasgos depresivos pueden en su inicio dar la impresión de conducta de evitación y fobia.

### **Curso y evolución**

La evolución generalmente es crónica, y puede presentar exacerbaciones cíclicas, en función de que la ansiedad incrementa la necesidad de mayor rendimiento en el individuo, de tal forma que aumentara más su ansiedad y en replica sus fobias.

La fobia no es incapacitante, en principio, pero interfiere de forma notable en algunos casos tanto en la actividad social del sujeto como en su rendimiento productivo. En algunos casos, más graves, puede instaurarse un absentismo escolar (fobia escolar). A lo largo del tratamiento contra la fobia debe vigilarse, que no se instaure secundariamente un cuadro depresivo o bien un abuso excesivo de droga. Las fobias simples precoces tienden a desaparecer con o sin tratamiento. La experiencia clínica demuestra que la persistencia prolongada de las fobias, indica la muy probable existencia de otros trastornos psiquiátricos subyacentes

### **B.- FOBIAS SIMPLES**

Como ya hemos señalado es difícil diferenciar a veces el miedo normal de una fobia en el curso del desarrollo, ya que estas solo se diferencian por un aspecto cualitativo (fobia: miedo irracional y excesivo)

En el período de 6-18 meses serán miedos normales los siguientes:

- a) *Miedo de los desconocidos,*
- b) *Miedo a ser abandonado*
- c) *Miedo a la obscuridad*
- d) *Miedo a la soledad*
- e) *Miedo a ciertos objetos*
- f) *Miedo de personas y lugares no comunes*

En el período de 2/3 años a 6/7 años son normales los siguientes miedos:

- a) *Miedo a quedarse solo en la oscuridad*
- b) *Miedo a ser perseguido, acosado, destruido.*
- c) *Miedo de las zonas oscuras*
- d) *Miedo de los personajes fantásticos como monstruos, fantasmas, gigantes, ogros, brujas, etc)*
- e) *Miedo de los animales (perro, lobo, gato, serpiente, etc)*
- f) *Miedo de animales pequeños como: ratas, insectos, etc*

- g) Miedo de fenómenos naturales (agua, fuego, trueno, rayos, etc)*
- h) Miedo a las alturas y al vacío (vértigo)*
- i) Miedo de ciertas personas en particular (médico, dentista, extranjero, barbudo, etc.)*
- j) Miedo de los espacios, amplios o pequeños (agorafobia, claustrofobia)*
- k) Miedo a fenómenos urbanos (circulación, ruidos, accidentes, etc)*
- l) Miedo de la suciedad*
- m) Miedo de los microbios*
- n) Miedo de la enfermedad*
- o) Miedo de la muerte.*

Entre las edades de los 6/7 años y los doce años los miedos más frecuentes serán:

- a) Miedo al colegio*
- b) Miedo a la relación con los demás*
- c) Miedo a las actividades deportivas*
- d) Miedo a los accidentes*
- e) Miedo a la violencia física*
- f) Miedo a la muerte de los padres*
- g) Miedo a que la casa se incendie*
- h) Miedo a la muerte*

Entre las edades de 12 a 18 años, los miedos más frecuentes son:

- a) Miedo a la escuela,*
- b) Miedo a la relación con el otro sexo,*
- c) Miedo a la actividad sexual,*
- d) Miedo a la fealdad o a la deformidad física*
- e) Miedo al fracaso escolar*
- f) Miedo de hablar en público*

## *Las fobias*

La naturaleza de los miedos se modifica a lo largo de la evolución, en primer lugar son más globales, implican una supervivencia sea física o psíquica, con un miedo fundamentalmente dirigido a evitar su destrucción.

Lentamente y de forma progresiva los miedos van evolucionando hacia implicar solo funciones o partes de su persona, son miedos a fracasos no comportan una destrucción global como los primeros.

Hacia los siete u ocho años los miedos corrientes se atenúan o desaparecen, gracias a que el niño constata que determinadas situaciones personas o objetos que le daban miedo no constituyen en si mismas ningún peligro. Por otra parte su elaboración mental es ya más compleja y dispone de mecanismos de defensa más elaborados para defenderse de sus temores.

### ***Fobia social:***

El diagnóstico de la fobia social se fundamenta en diferenciar el nivel de miedo que de alguna manera dificulta el funcionamiento social y escolar del paciente, al dificultarle el participar libremente en las actividades que realizan sus compañeros. La conducta de evitación es una fuente importante de malestar e interfiere de forma significativa su desarrollo.

Entre los requisitos diagnósticos podríamos retener los siguientes:

- a) El sujeto presenta un temor irracional hacia un objeto, situación o persona.
- b) El miedo se mantiene durante un período de tiempo suficientemente prolongado.
- c) aparecen dificultades para participar en ciertas actividades de la vida cotidiana, debido a la interferencia de la evitación sobre su conducta.
- d) Conducta de evitación hacia el objeto, persona o situación fobógena que, si, por otra parte, no consigue evitar desencadena una reacción notable de angustia.

Las fobias que aparecen en las edades tempranas generalmente desaparecen alrededor de los siete u ocho años de edad. En caso de persistir, se mantienen hasta la adolescencia, tomando entonces formas más complejas, polimorfas y más organizadas.

### ***Tratamiento:***

Los miedos propios de la edad evolutiva no requieren ningún tipo de tratamiento específico. Se dará información a los familiares y se corregirán aquellas actitudes que sean favorecedoras de la génesis de miedos. Cuando las fobias sean ligeras o intensas pueden tratarse de diversas formas.

En el tratamiento comportamentalista las técnicas más usadas son:

1) *Inmersión*: Consiste en exponer al sujeto fóbico, de forma intensa, rápida y prolongada al objeto fobógeno, hasta que se produzca la extinción de la reacción de miedo. Debemos asegurarnos que el niño o adolescente no podrá huir de la situación, puesto que si así fuera, se agravaría todavía más la fobia objeto de intento de extinción. El terapeuta debe mantener en todo momento una actitud de calma y de capacidad de apoyo, para mantener la confianza en la relación terapéutica, previniendo así la generalización del miedo o de la fobia. 2) *Desensibilización*: Es una técnica más aceptable para los padres y menos penosa para el niño o adolescente fóbico; consiste en desencadenar al paciente una reacción agradable (lo más sencillo y corriente a través de la relajación) que sea incompatible con la situación de miedo; se expone al sujeto progresivamente al objeto fobógeno (en primer lugar a través de la escenificación imaginada y luego al final "in vivo") y va aprendiendo así a enfrentarse con el miedo a través de un mecanismo distendido y en calma. 3) *Reafirmación Yoica*: Si la fobia afecta la relación con otros semejantes, pueden utilizarse técnicas de reafirmación, con entrenamiento de habilitación y capacitación social; se modifica ya de entrada la relación con el terapeuta y después otras situaciones sociales concretas y reales, a través de puestas en escena con el sujeto.

Las técnicas comportamentalistas son más eficaces si se combinan con un **enfoque psicoterapéutico** del paciente, más todavía cuando las fobias son antiguas e intensas. La psicoterapia se dirigirá a tratar los problemas de personalidad de fondo, en lo que se refiere fundamentalmente a las actitudes de evitación hacia multitud de situaciones, en las que el paciente no desarrolla una actividad con juego total de sus capacidades y habilidades, sino que reduce sus manifestaciones al mínimo, por acción reactiva hacia su temor.

La intervención psicoterapéutica en mayor o menor intensidad debe efectuarse también hacia los padres, a fin de conseguir una actitud adecuada hacia el niño/adolescente fóbico, que debe ser capaz de enfrentarse lenta y progresivamente a situaciones nuevas a medida que adquiera mayor capacidad para evolucionar.

El **tratamiento farmacológico** parece estar indicado en las formas severas de fobia social. a) Las benzodiacepinas pueden ser útiles en reducir el nivel de temor-ansiedad de la fobia social, el sujeto corre el riesgo de convertirse en dependiente de este tipo de tratamiento, en el supuesto que deba administrarse de forma muy prolongada. b) El propanolol está indicado en algunos sujetos, más todavía si la participación vegetativa es importante en el desarrollo de la conducta de evitación fóbica. Dosis recomendada de 10-80 mg en cuatro tomas diarias. c) En otros casos la utilización de antidepresivos tales como los tricíclicos, la paroxetina o la fluoxetina, pueden ser muy eficaces.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D.; "Manual de Psicopatología del Niño". 2ª Ed. Masson, S.A. Barcelona, 1987
- Beidel, D.C.; Morris, T.L. "Avoidant disorder of childhood and Social Phobia". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Oct. 1993: 2:4; 623-638
- Beck, A.T.; Emery, G.D. "Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective". Basic. New York, 1985
- Hand, I.; Wittchen, H.U. "Panic and phobias 2". Springer-Verlag. Berlin Heidelberg, 1988
- Leonard, H.L.; Rapoport, J.L. "Simple Phobia, Social Phobia and Panic Disorders". *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Am. Ac. Ch. Adolesc. Psych. American Psychiatric Press. Washington, 1991. Ch, 30: 330-338
- Marcelli, D.; Braconnier, A. "Psicopatología del adolescente". Masson, S.A., Barcelona, 1986
- Mardomingo, M.J. "Psiquiatría del niño y del adolescente". Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994
- Marks, J.M. "Fears, Phobias, and rituals: panic, anxiety and their disorders". Oxford University Press. New York, 1987
- Mavissakalian, M.; Barlow, D.H. "Phobia: Psychological and pharmacological treatment". Press, New York, 1983
- Silverman, W.K.; Rabian, B. "Simple Phobias". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Oct. 1993; 2, 4: 603-623