

Los Trastornos de Fóbicos

INTRODUCCION

En este tipo de padecimiento la ansiedad, que puede adquirir a veces una intensidad severa limitante, se desplaza por mecanismos inconscientes, desde temores internos hacia "objetos" externos lo cual le da a la angustia de la fobia un carácter específico.



El miedo que sufren las personas con fobias se relaciona con objetos, determinadas actividades o situaciones y se destaca por la persistencia y la irracionalidad que lleva a que adquieran comportamientos "extraños" de evitación. Un porcentaje elevado de sujetos fóbicos logra respuestas adecuadas ante situaciones catalogadas como triviales, como lo son superar el vértigo de altura o el miedo a los avances a través de la llamada "lucha contrafóbica". Sin embargo se ha podido observar que una enorme cantidad de personas sufren de aislamiento social o de limitaciones en el campo laboral como resultado de este padecimiento. El fóbico manifiesta horror ante situaciones mal definidas o mal percibidas, tendiendo a proyectar fuera de sí dramas que son más bien de su mundo interno.

EPIDEMIOLOGIA

Existe acuerdo entre los especialistas y los médicos de otras ramas de la medicina en que una enorme cantidad de personas que padecen fobias no consultan por temor o por considerar que su problema no puede solucionarse. Los estudios epidemiológicos revelan que las diversas formas de presentación de la fobia afecta principalmente a mujeres y personas jóvenes. Para la fobia simple se dan tasas de 4% en varones y de 9% en mujeres y en los casos de fobia social las cifras indican un 1,5 - 2,6% para las mujeres y 0,9% - 1,7% para los hombres. Para la Agorafobia se dan cifras de prevalencia de 2,5% - 6,8%.

CUADRO CLINICO

El síntoma característico de las diversas formas clínicas de fobias es la presencia de un miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica, la que deriva en una conducta compulsiva de evitar el objeto, la actividad o la situación temida.

En la literatura médica se han designado una gran cantidad de términos para describir las fobias, siendo las más frecuentes la agorafobia, temor a los espacios abiertos; la claustrofobia, el temor a los espacios cerrados; la aracnofobia, el temor a arañas o insectos, o la xenofobia relacionada con temores raciales. También es frecuente el temor a los aviones o a los trenes (problema del cual padecía Freud). Otras manifestaciones específicas la constituyen la eritrofobia o fobia al enrojecimiento; fobia al contacto humano, por ejemplo al mirar al jefe o al hablar a un policía.

La mayoría de los pacientes necesitan realizar largas y costosas maniobras para evitar la exposición a la situación concreta, con lo cual logran evitar la aparición de la angustia. Ellos tienen conciencia de lo irracional de su conducta, pero refieren no poder controlarse. Muchas veces la ansiedad está asociada a intensas molestias físicas, como vómitos, mareos, cefalea, dolores abdominales. En los estados más avanzados es posible observar síntomas depresivos o trastornos del sueño.

Aunque las fobias simples son por definición circunscritas, el problema puede conducir a cierta incapacidad, como por ejemplo no poder viajar en avión, eludir tratamientos por temor a las inyecciones o al ver sangre, etc. La mayoría de estas personas consultan tardíamente y se deciden a hacerlo principalmente por lo inhabilitante de las molestias o por la insistencia de los familiares.

CAUSAS

La angustia generada frente a lo desconocido o ante el peligro se considera un fenómeno que está al servicio de la protección o el cuidado de la especie. En estas situaciones se desencadena en el organismo una serie

de procesos reguladores de la respuesta. Las fobias serían reacciones anómalas y desproporcionadas causadas por estímulos potencialmente peligrosos. Algunos autores postulan la existencia de factores genéticos causantes de la enfermedad, ya que se ha demostrado una mayor frecuencia de ellas entre parientes de primer grado y por estudios efectuados en mellizos idénticos que padecen el trastorno y que se han desarrollado en ambientes diferentes. Se piensa que serían varios los genes involucrados y se intenta identificarlos en algún cromosoma.

Las investigaciones biológicas han podido detectar algunas relaciones entre la serotonina y ciertas fobias.

CLASIFICACION

Antiguamente la fobia se incluyó dentro del grupo de las neurosis basado en los postulados de Freud, quien propuso que en esta enfermedad existe "un desplazamiento" de temores internos intolerables para el sujeto por lo que debe sacarlos de sí, librarse de ellos y depositarlos en objetos externos.

La nosología actual propone dividir las fobias en simples y complejas basándose en criterios puramente descriptivos sin pronunciarse sobre posibles causas, las que por cierto son aún poco conocidas e incompletas.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (Estados Unidos) ordena las fobias según los siguientes criterios:

AGORAFOBIA

Es la forma más frecuente de presentación de las fobias. Lo esencial es el miedo intenso a encontrarse solo o de hallarse en lugares públicos llenos de gente. La angustia es severa y puede estar o no asociada a Crisis de Pánico. La asociación de estos dos tipos de trastornos es frecuente siendo posible la presencia de crisis de varias veces al día o en la semana. El diagnóstico preciso de agorafobia con o sin crisis de pánico es indispensable dado que ellas tienen diferencias fundamentales en el tratamiento farmacológico.

FOBIA SOCIAL

La sensación de angustia que se produce en ciertas situaciones sociales como hablar en público o durante una entrevista de trabajo debe ser considerada como normal y corriente para la mayoría de las personas. En los casos de fobia social la angustia es intensa y habitualmente está asociada a descarga del sistema nervioso autónomo lo que provoca sudoración, palpitaciones, temblor y disnea. El sujeto refiere sentirse expuesto a la observación o el escrutinio por parte de los demás, lo cual le hace temer no poder hablar en público, ser observado al comer o al orinar en un baño público o no poder controlar las manos temblorosas al escribir. Generalmente la fobia social se limita a una sola de éstas conductas.

Este padecimiento se inicia generalmente en la adolescencia y es algo más frecuente en mujeres. El curso es de tipo crónico y rara vez produce incapacidad importante, excepto limitaciones en la vida laboral y/o social. Una complicación frecuente en estos casos es la tendencia al abuso de alcohol y de tranquilizantes. En un porcentaje importante hay baja autoestima y depresiones recurrentes.

FOBIA SIMPLE

Se la denomina también como "fobia específica" por ser única en relación al objeto provocador de la ansiedad. Se la diagnostica preferentemente en niños y de sexo femenino y los temores se manifiestan referidos a ciertos animales, como perros, ratones o caballos, también se le puede observar relacionada a las alturas, rayos y truenos o a la oscuridad de la noche.

La mayor parte de las fobias de la niñez requieren solamente apoyo y refuerzo conductual simple el que habitualmente se produce espontáneamente en la familia. Especial cuidado debiera tenerse con aquellos niños aparentemente normales que se "dedican a escuchar música, ver televisión indiscriminadamente y sin salir de su pieza. En ocasiones presentan reacciones impulsivas y agresivas y refieren no tener interés por salir y tener amigos". Muchos de estos casos pueden corresponder a inhibiciones de carácter fóbico. Ellos deberían ser evaluados por un especialista y eventualmente ser tratados. Las fobias que persisten en la edad

adultos se complican con el abuso de alcohol y tranquilizantes y necesitan a menudo tratamientos prolongados y complejos.

TRATAMIENTO

Dado el tipo especial del carácter del fóbico su sintomatología puede pasar desapercibida por años. La persona utiliza mil argucias para ocultar sus miedos y los medios para tranquilizarse. Sin embargo, después de largo tiempo de lucha y por alguna situación de crisis las defensas caen, lo que lleva al sujeto a presentar síntomas severos de ansiedad o depresión. Es en este momento cuando se decide consultar al médico. También es posible observar que el cuadro se estabilice, incluyendo los síntomas molestos, si las conductas de evitación y de tranquilización han sido eficaces, por lo que el estado evoluciona hacia la cronicidad.

El abordaje terapéutico de los pacientes que padecen de fobias debe efectuarse sobre la base de utilizar medidas farmacológicas y otras de tipo no farmacológicas. Se recomienda el uso de los siguientes fármacos: benzodiazepinas, por ejemplo alprazolam, diazepam o clordiazepóxido, solamente cuando la ansiedad es muy limitante y por tiempo breve (días o pocas semanas). Estos medicamentos actúan reduciendo la molesta ansiedad anticipatoria, con lo cual se logra romper una parte significativa del círculo vicioso que subyace a todas las fobias. Dada la frecuencia y estrecha relación entre la ansiedad y la depresión debe considerarse la posibilidad de utilizar algún medicamento antidepressivo, especialmente en los pacientes que sufren de Agorafobia.

Las personas con fobia social experimentan las molestias generalmente ante situaciones determinadas y predecibles, lo cual hace posible que ellos se beneficien del uso de medicamentos solamente antes de enfrentarse a las situaciones sociales que provocan la ansiedad, puede ser útil propranolol, tomados 30-60 minutos antes de la exposición temida; alivia notoriamente la taquicardia, sequedad de boca o el temblor de manos en aquellos individuos que sufren de ansiedad de rendimiento.

Numerosos estudios clínicos han confirmado la eficacia de la aplicación de terapias cognitivas y conductuales en las diversas formas de fobias, especialmente en la fobia simple y la fobia social. Las terapias conductuales se basan en el postulado de que estos pacientes han aprendido respuestas de ansiedad mal adaptadas, por lo cual las terapias pretenden que esas respuestas sean re-aprendidas o sustituidas por conductas de mayor capacidad adaptativa. Se ha obtenido éxito con técnicas de desensibilización progresiva, técnicas de exposición programada, técnicas de relajación, etc., las que deben desarrollarse por personas entrenadas y calificadas.

El envío al psiquiatra debe tenerse presente en aquellos casos que no respondan a las medidas terapéuticas habituales. Será importante para reevaluar dudas diagnósticas y/o para tratar complicaciones como pueden ser alcoholismo o dependencia a psicofármacos.

DR. CHRISTIAN OSORIO M.