

PSICOPATOLOGÍA

Psicología de la anormalidad

Marco Antonio Espinosa García



ÍNDICE

Introducción	13
CAPÍTULO 1. Normalidad y anormalidad	15
Criterios de la anormalidad	17
Criterio de desviación del término medio	17
Criterio de desadaptación	18
Criterio de riesgo	19
Criterio de deterioro	20
Criterio de ansiedad	20
Criterio de sufrimiento	21
Otras dimensiones	22
Elementos de la anormalidad	23
La consciencia de la anormalidad	23
La intensidad	23
El comienzo	24
La duración	24
La periodicidad	24
Comportamiento anormal	25
Trastorno psicológico y psicopatología	26
Contenido aplicado	28
CAPÍTULO 2. Perspectivas para el estudio de la anormalidad	31
Perspectiva biológica	31
Perspectiva conductual y cognitiva	39
Condicionamiento clásico	40

Condicionamiento operante	40
Aprendizaje observacional	43
Perspectiva cognitiva	44
Psicología de los constructos personales	46
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	47
Perspectiva humanista	48
Teoría de Abraham Maslow	49
Teoría centrada en el cliente	50
Perspectiva multidimensional	52
Influencias biológicas	53
Influencias sociales	53
Influencias emocionales	53
Influencias cognitivas	54
Influencias conductuales	54
Perspectiva psicodinámica	56
Contenido aplicado	63
CAPÍTULO 3. Clasificación y diagnóstico	67
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)	68
La versión DSM-IV-TR	68
La versión DSM-5	72
Clasificación internacional de enfermedades (CIE)	74
Eje I. Diagnósticos clínicos	75
Eje II. Discapacidades	75
Eje III. Factores contextuales	76
Contenido aplicado	78
CAPÍTULO 4. Trastornos mentales y del comportamiento	79
Trastornos de ansiedad	80
Trastorno de ansiedad por separación	81
Mutismo selectivo	83
Fobia específica	85
Fobia social	89
Trastorno de pánico	92
Agorafobia	95
Trastorno de ansiedad generalizada	98
Contenido aplicado	102

Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados	102
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	104
Trastorno dismórfico-corporal	109
Trastorno de acumulación	114
Un caso clínico	114
Criterios del DSM-5	116
Tricotilomanía	118
Trastorno de excoriación	120
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos	121
Contenido aplicado	122
Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados	123
Trastornos de síntomas somáticos	124
Trastorno de ansiedad por enfermedad	128
Trastorno de conversión	130
Trastorno facticio	132
Contenido aplicado	134
Trastornos depresivos	135
Trastorno depresivo mayor	138
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	141
Trastorno depresivo persistente (distimia)	142
Contenido aplicado	144
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	145
Trastorno de apego reactivo	147
Trastorno de estrés postraumático	148
Trastorno de estrés agudo	151
Trastorno de adaptación	152
Contenido aplicado	154
Trastorno bipolar	155
Trastorno bipolar I	158
Trastorno bipolar II	159
Trastorno ciclotímico	160
Contenido aplicado	161
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	163
Esquizofrenia	166
Trastorno esquizofreniforme	172
Trastorno esquizoafectivo	173

Trastorno delirante	173
Trastorno psicótico breve	175
Contenido aplicado	176
Bibliografía	179
Acerca del autor	187

CAPÍTULO 2

Perspectivas para el estudio de la anormalidad

El gran descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden cambiar su vida al cambiar sus actitudes mentales.

William James

La forma de analizar la anormalidad se basa en perspectivas teóricas, las cuales son la referencia para que el profesional de la salud pueda registrar e interpretar el comportamiento. En la actualidad existen teorías que adoptan el abordaje de la anormalidad y de los trastornos psicológicos desde distintas posturas. Ninguna perspectiva por sí sola responde de forma global a todos los casos clínicos, desde su interpretación de las causas hasta sus métodos de tratamiento. Sin embargo, son indispensables para comprender, atender e intervenir en la anormalidad desde su prevención, evolución y tratamiento. En este capítulo estudiaremos dichas perspectivas.

PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Según la teoría biológica, cuando un individuo manifiesta síntomas de comportamiento anormal se debe a una causa fisiológica o bioquímica. Por ello usamos esta perspectiva cuando nos referimos a enfermedades mentales, síntomas u hospitalizaciones; esto es, cuando la causa probable de la anormalidad es un desequilibrio hormonal, una deficiencia química, una lesión cerebral o la transmisión genética. Para la perspectiva biológica las perturbaciones en las emociones, el comportamiento y los procesos cognitivos se consideran anormalidades en el funcionamiento del cuerpo (Halgin y Whitbourne, 2009).

Así que cualquier manifestación de anormalidad tiene su causa y su origen en alguna deficiencia en la biología del ser humano. Para ejemplificar lo anterior, cito el caso del famoso pintor Vincent van Gogh quien, de acuerdo con los especialistas, padecía un trastorno psicológico denominado esquizo-

frenia, lo que ocasionó que se cortara una oreja; también influyó en sus obras al motivarlo a aumentar el tamaño de las representaciones y a usar colores más intensos, así como a suicidarse de un disparo en el pecho. La explicación que daría la perspectiva biológica para comprender el comportamiento de Van Gogh se basa en la hipótesis dopaminérgica, que establece que la responsable sería una excesiva actividad del neurotransmisor llamado dopamina en el líquido cefalorraquídeo. En la aparición de otros síntomas de la esquizofrenia se trata de implicar a otros neurotransmisores, como serotonina, noradrenalina y el ácido gamma aminobutírico (GABA).

Algunos estudios más exponen como causa de la esquizofrenia la disminución de las interneuronas inhibitorias y también la pérdida de dendritas y axones que conectan a las neuronas entre sí, lo que refleja el fracaso de las neuronas piramidales e inhibitorias para formar la conexión sináptica. Existen críticas a esta teoría debido a que en muchos comportamientos anormales no se ha encontrado una causa biológica. Además, el término enfermedad se atribuye a los individuos que no tienen responsabilidad de sus actos o comportamientos anormales. Es un hecho que, para el psicólogo, psiquiatra o todo profesional de la salud, resulta fundamental entender cómo influyen las funciones orgánicas en los procesos mentales y los comportamientos del ser humano. Desde esta postura, el sistema nervioso es el que determina los comportamientos, los pensamientos y las emociones, que trabaja mediante señales originadas por redes neuronales que parten del cerebro y llegan a todo el cuerpo. Debido a esto, la anormalidad está determinada por las funciones del sistema nervioso y endocrino.

Desde la perspectiva biológica es necesario analizar los procesos de nivel biológico, como la sensopercepción, la motricidad, el aprendizaje, la atención, la memoria y el lenguaje. Son distintos los factores biológicos que ejercen influencia sobre la conducta, el pensamiento e incluso los sentimientos, así como ciertos comportamientos influyen en los procesos internos del organismo.

El sistema nervioso percibe los cambios que hay en el interior y el exterior del organismo, además de interpretarlos, almacenarlos, coordinarlos, inhibirlos o activar toda la estructura corporal con la finalidad de mantener la homeostasis. Las funciones básicas son la sensitiva, la integradora y la motora (figura 2.1).

En primer lugar, siente determinados cambios o estímulos, tanto en el interior del organismo (el medio interno, por ejemplo la distensión gástrica o el aumento de acidez en la sangre) como fuera de él (el medio externo),

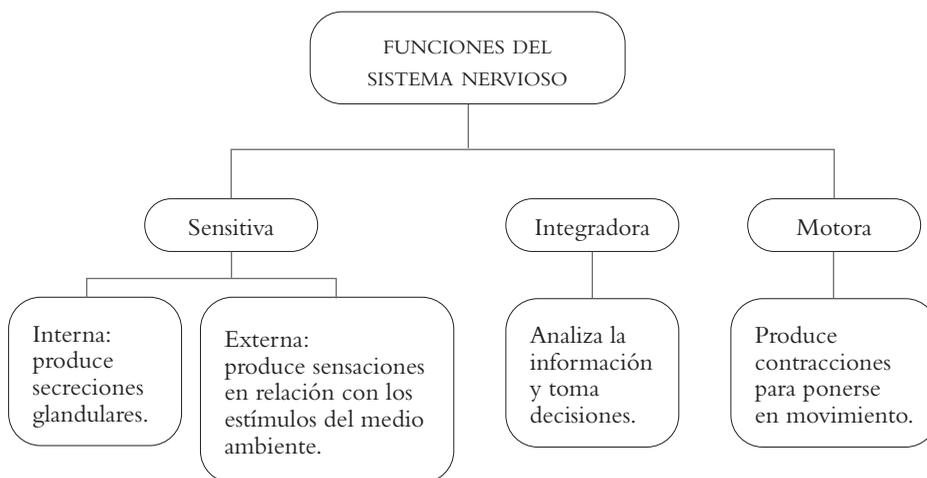


Figura 2.1. Representación de las funciones básicas del sistema nervioso.

por ejemplo, una gota de lluvia que cae en la mano o el perfume de una rosa; esta es la función sensitiva o eferente. En segundo lugar, la información sensitiva se analiza, se almacenan algunos aspectos de ella y se toman decisiones con respecto a la conducta a seguir; esta es la función integradora. Por último, puede responder a los estímulos iniciando contracciones musculares o secreciones glandulares; es la función motora o eferente. Lo anterior se ejemplifica de forma sencilla en el caso de una mujer que escucha la noticia de que su esposo sufrió un accidente y su estado de salud es grave (función sensitiva); juzga el hecho y por su mente pasan pensamientos catastróficos y una oleada de sentimientos en cuestión de segundos (función integradora); por fin, sale corriendo abrumada y llorando en dirección al hospital donde se encuentra el marido (función motora).

Desde la perspectiva biológica, todo comportamiento se podría analizar y describir a partir del estudio y la funcionalidad del sistema nervioso, el cual se divide en sistema nervioso central (SNC) —que incluye el cerebro, el tallo cerebral y la médula espinal— y sistema nervioso periférico (SNP), el cual incluye todas las fibras nerviosas que se extienden desde y hacia todo el cuerpo.

El sistema nervioso central integra y relaciona la información sensitiva, genera los pensamientos y emociones, forma y almacena la memoria; en él se encuentran los impulsos nerviosos que estimulan la contracción muscular

CAPÍTULO 4

Trastornos mentales y del comportamiento

El problema no es que tienes síntomas,
es lo que haces con los síntomas que tienes.

Fred Penzel

En este capítulo se abordan los trastornos mentales y se presenta una descripción de ellos con base en el enfoque multidimensional y el psicodinámico. El primero atiende a la visión biológica, social, conductual, emocional y cognitiva, lo cual constituye una perspectiva completa de la anormalidad; en la actualidad ninguna teoría por sí misma puede dar respuesta a los hechos y condiciones que el ser humano plantea, en especial la psicopatología.

Con respecto al enfoque psicodinámico, dada la innegable existencia de procesos intrapsíquicos de cada individuo, es necesario conocer la dinámica de cada trastorno para comprenderlo mejor. También se retoman los criterios diagnósticos del DSM-5 y la CIE-10, y en algunos de los trastornos, las intervenciones terapéuticas de mayor eficacia para ellos.

Los casos clínicos expuestos son de personas reales que experimentaron alguna forma de trastorno. En consecuencia, ante su análisis o su aplicación al contexto real, hay que tomar en cuenta la dignidad y el valor de la persona humana y, en especial, tener la visión integral de esta y no solo desde su trastorno psicológico. Lo anterior es fundamental para entender plenamente a la persona, su condición y su atención.

Comenzamos con los trastornos de ansiedad pues la ansiedad es la emoción más común y su comprensión permite entender la mayoría de los demás trastornos. La ansiedad, como una llamada de alerta, es esencial en el desarrollo de toda persona y cuando se sale de control, su manifestación puede desencadenar diferentes situaciones en la persona que la vive y en quienes la rodean. Posteriormente se expondrán también los trastornos de relevancia y gran incidencia en la población, como el obsesivo-compulsivo, el depresivo, los provocados por el estrés, los de síntomas somáticos y los esquizofrénicos.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad provoca enorme preocupación por los peligros desconocidos, lo que se manifiesta como estado de ánimo, caracterizado por un afecto negativo, un sentimiento de miedo y aprensión difuso. Las personas que sufren trastornos de ansiedad están incapacitadas para funcionar de forma cotidiana. Aunque todos experimentamos ansiedad, hablamos de un comportamiento anormal cuando se convierte en un impedimento para poder disfrutar las cosas y la vida misma, lo que lleva a las personas a tener problemas en sus contextos laboral, social y familiar.

Cabe destacar que la ansiedad es diferente al miedo que experimentamos todos por situaciones que de manera ordinaria o extraordinaria experimentamos en la vida. La diferencia entre miedo y ansiedad es que el primero es temor a algo conocido y la segunda es temor a lo desconocido. Por ejemplo, si un asaltante llega con una pistola y nos apunta, se siente miedo, al saber que nuestra vida está en peligro. Por su parte, la ansiedad se puede ejemplificar como sigue: a una persona le están practicando una cirugía muy delicada y afuera se encuentran sus padres muy preocupados; están ansiosos porque no saben qué ocurrirá, sufren ansiedad, ya que es un temor a lo desconocido. Los trastornos que se tratarán en este apartado tienen como base este tipo de temor.

Para Freud la ansiedad es una forma adaptativa a la vida cuando permite a la persona enfrentar los retos que esta presenta; sin embargo, se convierte en patológica cuando nada parece justificarla, cuando dura demasiado o interfiere con el disfrute de lo que se experimenta. Para Cameron, la ansiedad es patológica cuando la persona pierde su espontaneidad y se muestra apática, a la vez que le provoca desorganización en la experiencia y la conducta.

La ansiedad está asociada a circuitos cerebrales específicos, como los sistemas de inhibición conductual, en los que el circuito cerebral en el sistema límbico, ante las señales amenazantes, inhibe la actividad y causa ansiedad, activándose mediante señales del tallo encefálico. También se relaciona con el sistema de lucha y huida: el circuito cerebral se activa a causa de una alarma inmediata y da una respuesta de huida que se origina en el tallo encefálico y viaja a la amígdala, el hipotálamo y la materia gris.

Existen tres vulnerabilidades que contribuyen al desarrollo de trastornos de ansiedad (Durand y Barlow, 2010): la vulnerabilidad biológica, que señala que el individuo tiene la tendencia hereditaria a albergar un afecto negativo;

la vulnerabilidad psicológica, es decir tendencia a controlar el estrés y, por último, la vulnerabilidad psicológica, con tendencia a eventos incontrolables o impredecibles en los que se siente incapacidad de lidiar con ellos.

Trastorno de ansiedad por separación

Para el DSM-5, este trastorno no es único en niños, sino también en adolescentes y adultos, aunque para el CIE-10 se presenta exclusivamente en niños. De forma general, se manifiesta por una preocupación irreal y persistente del individuo de que algo le pasará a las figuras de apego o de que a él le ocurrirá alguna situación que resultará en su separación de dichas figuras (véase en el cuadro 4.1 la comparación de criterios).

En el caso de los niños, su preocupación es tal que los lleva a evitar hacer actividades o ir a lugares que los obliguen a separarse de sus seres queridos aunque sea por unos momentos. Según los criterios del CIE-10, este trastorno se diagnostica cuando la ansiedad tiene su foco en el temor a la separación y surgió durante los primeros años de la niñez. Es claro que los niños pequeños experimentan ansiedad al separarse de una persona a la que quieren, como sus padres; por ejemplo, el niño que, como no quiere que se vaya su mamá cuando lo deja en la escuela, se pone a llorar y se calma si la madre se queda con él en su salón de clases o si regresa a casa con ella, evitando así separarse. Se diferencia de la ansiedad normal de separación cuando alcanza una gravedad estadísticamente poco usual, así como cuando se manifiesta un deterioro en su funcionamiento social, como no asistir a la escuela, no relacionarse con amigos o llorar intensamente cuando no ve a la figura de apego, aunque esta se encuentre en la habitación contigua.

En la mayoría de los casos, la figura de apego es la madre, ya que su presencia se relaciona con el alivio de las necesidades del niño, representando la relación simbiótica que establecieron ambos; cuando ella se encuentra lejos, el niño percibe que no podrá satisfacer sus necesidades y tiene la sensación de estar indefenso, experimentando una ansiedad primaria que ya antes la madre le había ayudado a superar.

La ansiedad de separación no desaparece conforme el niño crece, se expresa también en adolescentes y adultos. Para el DSM-5, la ansiedad por separación se expresa como un miedo excesivo e inapropiado para el nivel de desarrollo del individuo. Incluye algunos criterios como el malestar o la preocupación excesiva y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego que dure al menos cuatro semanas (en

niños y adolescentes) y al menos seis meses (en adultos); el miedo excesivo y persistente o la resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares; pesadillas repetidas sobre el tema de la separación y quejas repetidas de síntomas físicos, cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego. En estudios realizados se aprecia una estrecha relación con la agorafobia, ya que adultos agorafóbicos en su niñez presentaron ansiedad de separación (Gittelman y Klein, 1984). Para Cameron (1992), no importa cómo se haya desencadenado la ansiedad ya que, ante lo anterior, todo adulto pone de manifiesto el mecanismo de defensa de la regresión, debido a que en él se ha liberado una ansiedad infantil primaria, reactivando de manera inconsciente impulsos, frustraciones y fantasías infantiles basadas en la amenaza de la pérdida del objeto amado.

Otra etiología es que puede ser de índole genética, esto es, que los padres hayan presentado ansiedad. También puede atribuírsele a la vulnerabilidad

Cuadro 4.1. Comparación de criterios diagnósticos DSM-5 y CIE-10 del trastorno de ansiedad por separación

<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Miedo o ansiedad excesivos e inapropiados de separarse de las personas por las que siente apego en las siguientes circunstancias: <ol style="list-style-type: none"> 1. Malestar excesivo 2. Preocupación excesiva 3. Resistencia o rechazo a salir por miedo a la separación 4. Miedo a estar solo o sin las figuras de mayor apego 5. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación 6. Quejas repetidas de síntomas físicos • El miedo, la ansiedad o la evitación están presentes durante al menos cuatro semanas en niños y adolescentes, y seis o más meses en adultos. • La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • El código es F93.0. • Solo existe el diagnóstico en niños y es denominado trastorno de ansiedad de separación en la niñez. • El foco de la ansiedad en el niño es el temor a la separación cuando alcanza un grado inusual y está asociado a un deterioro significativo en el funcionamiento social.

psicológica ante eventos estresantes, tanto propios del desarrollo de la vida, como extraordinarios, considerando que la persona requiera la presencia del ser amado para poder afrontarlos, así como experiencias previas de pérdida que le generen tensión al pensar qué le pasaría si ocurriera la separación en su vida. En un adulto podría verse cuando tiene la idea de que, ante la pérdida de una figura de apego, sentirá que se ha quedado solo y desprotegido y no podrá valerse por sí mismo, por lo que se aferra a no separarse de ella.

Es importante identificar los miedos que origina la separación y los pensamientos que esta desencadena. Por ello, una de las formas más eficaces de tratamiento de este trastorno es la terapia cognitivo-conductual (TCC), en la que los pensamientos negativos son reemplazados por positivos; después, la intervención con la técnica de la exposición, consistente en exponerlo gradualmente a la separación de la persona. En algunos casos, se combina la terapia con ansiolíticos y técnicas de relajación y autocontrol.

Mutismo selectivo

Es un trastorno del desarrollo que se caracteriza por una imposibilidad prolongada de hablar en ciertas situaciones a pesar de hacerlo en otras circunstancias, siendo que la persona tiene la capacidad para hablar. Es importante diferenciar entre mutismo y mutismo selectivo: en el primero la persona nunca habla, mientras que el segundo solo ocurre en contextos o situaciones específicos.

La causa no se conoce bien, pero la ansiedad sería una de ellas (Kristensen, 2000). Al ser un trastorno de ansiedad, la causa involucra sentimientos y conductas y la preocupación se orienta hacia el futuro o a la sensación de no poder prever o controlar sucesos por venir. En el caso del mutismo selectivo, el conflicto psicológico se encuentra manifestado en la expresión del lenguaje y este representa el hecho de no querer o no poder expresar ideas, juicios, emociones, que, como vimos desde una postura psicodinámica, producen culpabilidad: es mejor callar lo que el individuo pudiera o quisiera expresar, de manera consciente o inconsciente. Por ejemplo, el niño que en toda su educación básica no ha hablado en la escuela y mucho menos participa en las opiniones verbales, pero en casa o con los primos habla demasiado.

Ciertamente muchas personas pasamos por algo similar: quien teme al público en una presentación, o el joven que se siente atraído por una chica y no sabe qué decir, o el empleado que, ante un jefe estricto, permanece callado. Sin embargo, el mutismo selectivo es un sistema claro que lleva a pensar:

“no puedo” o “no debo” decir algo que parece intolerable, y transforma el conflicto en una manifestación física que le permite reducir la tensión y la ansiedad. Para la OMS, este trastorno aparece en la niñez o la adolescencia y afecta no solo el área de la comunicación, sino también otras áreas de funcionamiento. Se identifica por una selectividad marcada y emocionalmente determinada al hablar, asociada habitualmente con características marcadas de la personalidad que implican ansiedad social, aislamiento, sensibilidad o resistencia, excluyendo al mutismo transitorio como parte de la ansiedad de separación en niños pequeños.

Este trastorno comúnmente aparece en niños y aunque existe la expectativa del individuo —ya sea niño, joven o adulto— de hablar, tiene un fracaso constante al intentarlo; como es de suponerse, esto interfiere en los logros que pudiera alcanzar en el contexto social en el que se presenta su mutismo, realizándose el diagnóstico en específico con la sintomatología que presenta. Para el DSM-5, la duración de la alteración debe tener como mínimo un mes, descartando el primer mes de la escuela, ya que en los niños es común que presenten timidez durante este tiempo. Asimismo, considera que tampoco se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado, necesario en la situación social. En el cuadro 4.2 se establece la comparación de los criterios diagnósticos de sus clasificaciones de la OMS y la APA.

Otra posible causa es el factor hereditario, en el cual surgen hipótesis como que existe una relación entre este trastorno y determinadas alteraciones cromosómicas o simplemente una alteración en el cromosoma 18.

Sin embargo, los investigadores apuestan más por la presencia de antecedentes de ansiedad, fobias y depresión en familiares. Esto podría indicar la presencia de ciertos factores de vulnerabilidad transmitidos genéticamente.

Una causa más a tomar en cuenta es que el niño ha desarrollado el mutismo selectivo debido a la influencia que ejerce la observación directa de ciertos modelos familiares, la sobreprotección de los padres o algún evento traumático.

Estudios realizados con personas adultas establecen una estrecha relación del mutismo selectivo en la infancia con el desarrollo de la fobia social en la etapa adulta (Olivares, 2009). La fobia social se tratará más adelante en este capítulo.

El tratamiento se concentra en la ansiedad, la comunicación social y el grupo primario de apoyo. Se utilizan técnicas como la exposición graduada a las situaciones temidas o donde se presenta el fracaso al hablar; el uso de

Cuadro 4.2. Resumen de criterios del mutismo selectivo

<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso al hablar en situaciones sociales en las que existe expectativa por hablar. • Ese fracaso interfiere en logros educativos o laborales o en la comunicación social. • La duración es de un mes como mínimo y no se debe a la falta de conocimiento o a comodidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se denomina mutismo selectivo. • El código es F94.0. • Es la selectividad al hablar en el niño que ya tiene competencia en el lenguaje, pero fracasa en otras situaciones. • Implica ansiedad social, aislamiento, sensibilidad o resistencia. • Excluye al mutismo transitorio como parte de la ansiedad de separación en niños pequeños.

recompensas y castigos, y el automodelado en el que el niño se observa a sí mismo hablando en un video (en consulta posterior se analizan los videos con el niño y la familia; después, de manera progresiva, se solicita que estas grabaciones se tomen en diferentes ámbitos e incluso que él los grabe).

La combinación de la técnica anterior con la de reducir los pensamientos negativos irracionales o exagerados que le provocan esta condición, aumenta la eficacia en la modificación del comportamiento del niño.

También la intervención logopédica es una alternativa de tratamiento cuyo objetivo es que el niño actúe de forma verbal y espontánea en los distintos contextos de su vida, atendiendo a las peticiones o exigencias que requieren las mismas situaciones en las que intervienen aspectos lingüísticos, educativos, neurológicos y conductuales.

Fobia específica

Con seguridad, alguna vez ha escuchado decir a las personas que tienen fobia a las arañas o a algún otro animal, aunque en casi todos los casos resulta ser solo miedo y no llega a diagnosticarse como fobia. La fobia específica es un temor irracional a una situación u objeto específico, que interfiere marcadamente con el funcionamiento de la vida diaria. En la mayoría de las personas que expresan tener una fobia a un animal o situación, ese miedo no interfiere en su vida cotidiana, por lo que se descarta que sea una fobia. Se le llama fobia específica cuando el miedo se deposita en un solo objeto o situación, el cual es claramente identificado por la persona que la padece.

Según el DSM-5, las características de la fobia específica incluyen que debe durar al menos seis meses; la situación u objeto fóbico se evitan o soportan con una ansiedad o angustia intensas, teniendo una respuesta inmediata de temor ante la exposición del elemento fóbico.

A su vez, la CIE-10 incluye, además de lo anterior (a excepción de la duración), la preocupación de la persona por la posibilidad de centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y está asociada a temores secundarios por la muerte, la pérdida de control y la locura. Las dos referencias de diagnóstico anteriores incluyen la fobia a la cercanía de ciertos animales, las alturas, los truenos, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, ingerir ciertos alimentos, ir al dentista o ver sangre o heridas.

Ante este último punto expresado por la CIE-10, existe una diferencia: aunque haya ataque de pánico no se puede catalogar dentro del trastorno de pánico (TP) o del trastorno de pánico con agorafobia (TPA) debido a que en la fobia las personas no experimentan ataques de pánico fuera del elemento fóbico, mientras que las personas que tienen TPA sí lo hacen de forma inesperada en cualquier contexto.

Hay una similitud en el diagnóstico de las fobias por parte del DSM-5 y la CIE-10. Las fobias pueden diagnosticarse de la siguiente forma:

- A animales, como arañas, insectos o perros
- Al entorno natural, como las alturas, tormentas o agua
- A la sangre-inyección-herida, como a las agujas o procedimientos médicos invasivos
- Situacional, como miedo a subir a un avión o un ascensor o a encontrarse en sitios cerrados
- Otras situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos en niños

Existen más de 250 tipos de fobias conocidas y se calcula que más de 7% de la población mundial —es decir, una de cada 20 personas— desarrolla alguna (OMS, 2013). Las fobias más comunes a nivel mundial son: necrofobia o miedo a la muerte, en específico, la fobia a estar frente a una momia o cadáver; escotofobia o miedo a la oscuridad (estas personas tienen miedo a los posibles peligros y enemigos imaginarios que se encuentran en la oscuridad, como confundir objetos con monstruos); sociofobia o miedo a estar en situaciones sociales donde pueden ser criticados o sufrir juicios negativos; aracnofobia o miedo a las arañas; acrofobia o miedo a encontrarse en lugares