



Fobia específica

Adriana Trujillo

Contenido

1. Introducción y contextualización	1
2. Definición y criterios diagnósticos	2
3. Características clínicas	4
4. Epidemiología.....	5
5. Curso y pronóstico	6
6. Comorbilidad y diagnóstico diferencial	6
7. Etiología y modelos explicativos	7
8. Evaluación clínica	10
9. Tratamiento psicológico.....	11
10. Tratamiento farmacológico.....	13
11. Síntesis y aspectos clave	13
12. Referencias bibliográficas	14

1. Introducción y contextualización

La fobia específica se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad y constituye uno de los problemas psicopatológicos más frecuentes en la población general. Se caracteriza por la presencia de un miedo o ansiedad intensos, persistentes y desproporcionados, desencadenados por la presencia real o anticipada de un objeto o situación concreta. Aunque el estímulo fóbico puede variar enormemente entre individuos, el patrón clínico general muestra una notable estabilidad y coherencia diagnóstica (Caballo et al., 2024).

Desde una perspectiva dimensional, el miedo constituye una emoción básica con una función claramente adaptativa, orientada a la detección de amenazas y a la preparación para la huida o el afrontamiento. Sin embargo, en la fobia específica, esta respuesta pierde su función adaptativa y se convierte en un fenómeno patológico al ser excesiva, inflexible, persistente y asociarse a conductas de evitación que interfieren de forma significativa en la vida del individuo.

La fobia específica suele considerarse un trastorno de baja gravedad relativa en comparación con otros trastornos de ansiedad. No obstante, esta percepción minimiza su impacto real, ya que puede generar un elevado malestar subjetivo, interferencias funcionales importantes y un riesgo incrementado de desarrollar otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, especialmente cuando coexisten múltiples miedos específicos (Belloch et al., 2024).

1.1. Miedo normal y miedo patológico

El miedo normal se define como una respuesta emocional transitoria, proporcional a la amenaza real y modulable por la información contextual. Cumple una función adaptativa y suele resolverse una vez desaparece el estímulo amenazante.

En contraste, el miedo patológico se caracteriza por:

- Intensidad desproporcionada respecto al peligro real.
- Persistencia temporal, incluso en ausencia del estímulo.
- Escaso control voluntario.
- Tendencia a la evitación sistemática.
- Deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento personal, social o académico.

La fobia específica representa una forma prototípica de miedo patológico focalizado, en la que la ansiedad se activa casi exclusivamente ante un estímulo claramente delimitado (Bados, 2017).

2. Definición y criterios diagnósticos

2.1. Definición según DSM-5-TR

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2023), la fobia específica se define como un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo o ansiedad intensos y desproporcionados ante un objeto o situación específica. La exposición al estímulo fóbico provoca de manera casi invariable una respuesta inmediata de ansiedad, que puede alcanzar la intensidad de un ataque de pánico.

El individuo evita activamente el estímulo temido o lo soporta con un intenso malestar. El miedo o la ansiedad son persistentes (duración mínima de seis meses) y producen un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento.

2.2. Criterios diagnósticos DSM-5-TR

Para establecer el diagnóstico de fobia específica deben cumplirse los siguientes criterios (APA, 2023):

- A. Miedo o ansiedad intensos ante un objeto o situación específica.
- B. El estímulo fóbico provoca casi siempre una respuesta inmediata de miedo o ansiedad.
- C. El objeto o situación se evita activamente o se soporta con miedo o ansiedad intensos.
- D. El miedo o la ansiedad son desproporcionados respecto al peligro real y al contexto sociocultural.
- E. Persistencia del trastorno durante al menos seis meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.
- G. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

En versiones previas del DSM se incluía como criterio la necesidad de que el individuo reconociera el carácter irracional o excesivo de su miedo. Este requisito fue eliminado, al constatarse que un número significativo de personas cumple el resto de los criterios diagnósticos pese a presentar un insight limitado, sin que sus creencias alcancen un nivel delirante.

Asimismo, es importante señalar que en la infancia el miedo puede manifestarse mediante conductas como llanto, rabieta, inmovilidad o aferramiento a figuras de apego, sin que sea necesario que el menor verbalice la irracionalidad del miedo (Bados, 2017).

2.3. Tipos de fobia específica

El DSM-5-TR distingue varios subtipos de fobia específica en función del estímulo temido. Esta clasificación tiene utilidad descriptiva y clínica, aunque no siempre refleja mecanismos etiológicos homogéneos (Caballo et al., 2024).

2.3.1. Tipo animal

Incluye el miedo a uno o más animales, especialmente aquellos con relevancia filogenética como serpientes, arañas, insectos, roedores, perros o pájaros. Suele iniciarse en la infancia y presenta una elevada prevalencia en mujeres. Además del miedo, es frecuente la experiencia de asco, especialmente ante animales pequeños o asociados culturalmente a la suciedad.

2.3.2. Tipo ambiente natural

Engloba miedos relacionados con fenómenos naturales como alturas, tormentas, agua, viento u oscuridad. El temor suele centrarse en la posibilidad de daño físico (caídas, ahogamiento, muerte) y puede acompañarse de aprensión ante sensaciones corporales como el mareo.

2.3.3. Tipo sangre/inyecciones/heridas (SIH)

Este subtipo se caracteriza por el miedo o aversión ante la visión de sangre, heridas, inyecciones u otros procedimientos médicos invasivos. Presenta un patrón fisiológico diferencial y una elevada asociación con el asco y el síncope vasovagal. A diferencia de otros subtipos, el temor puede centrarse más en el desmayo o la pérdida de control que en el daño físico directo.

2.3.4. Tipo situacional

Incluye miedos a situaciones específicas como volar en avión, conducir, usar ascensores, túneles, puentes o espacios cerrados. Suele iniciarse en la adolescencia tardía o en la adultez y es el subtipo que con mayor frecuencia se asocia a ataques de pánico inesperados.

2.3.5. Otros tipos

Incluye estímulos que no encajan claramente en las categorías anteriores, como el miedo a atragantarse, vomitar, adquirir enfermedades, ruidos fuertes o personas disfrazadas. Algunas de estas fobias requieren un cuidadoso diagnóstico diferencial con otros trastornos, como el trastorno obsesivo-compulsivo.

3. Características clínicas

3.1. Triple sistema de respuesta de la ansiedad

La respuesta de ansiedad en la fobia específica puede analizarse a través del modelo del triple sistema de respuesta de Lang (1968; como se citó en Belloch et al., 2024):

- **Cognitivo:** pensamientos de amenaza, anticipación de peligro, sobreestimación del daño y de la probabilidad de consecuencias negativas.
- **Fisiológico:** activación del sistema nervioso autónomo, con síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y neuromusculares.
- **Conductual:** evitación, escape, conductas de seguridad o, en algunos casos, paralización.

Estos sistemas no siempre se activan de forma paralela ni con la misma intensidad, lo que tiene implicaciones directas para la evaluación y el tratamiento.

3.2. Miedo y asco en la fobia específica

Aunque el miedo es la emoción central en la mayoría de las fobias específicas, en determinados subtipos —especialmente en la fobia a la sangre, inyecciones y heridas— el asco desempeña un papel fundamental. El asco se asocia a una activación parasimpática y puede contribuir al mantenimiento de la evitación incluso en ausencia de miedo intenso. Este aspecto tiene implicaciones clínicas importantes, ya que la reducción del asco suele ser más lenta que la del miedo y puede requerir exposiciones prolongadas y específicas (Bados, 2017).

3.3. Respuesta fisiológica bifásica en la fobia SIH

La fobia a la sangre/inyecciones/heridas se caracteriza, en un número significativo de casos, por una respuesta fisiológica bifásica. En una primera fase se produce una activación simpática similar a la observada en otras fobias (incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial). Esta fase va seguida de una rápida activación parasimpática, con descenso brusco de la presión arterial y del ritmo cardíaco, que puede culminar en mareo o desmayo.

Este patrón tiene importantes implicaciones clínicas, ya que el tratamiento debe contemplar estrategias específicas para prevenir el síncope y no limitarse únicamente a la exposición al estímulo temido (Bados, 2017).

4. Epidemiología

La fobia específica es uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes tanto en población general como clínica, aunque se encuentra entre los menos tratados, en gran parte debido a que muchas personas solo entran en contacto ocasional con el estímulo temido.

Las estimaciones epidemiológicas varían en función de los criterios diagnósticos, la metodología empleada y la población estudiada. En adultos, la prevalencia vital se sitúa aproximadamente entre el 7% y el 12%, mientras que la prevalencia anual oscila entre el 3% y el 9%. En niños y adolescentes, la presencia de miedos intensos es muy frecuente, aunque solo una proporción de estos alcanza criterios de fobia específica.

Existen claras diferencias en función del sexo, con una mayor prevalencia en mujeres, que presentan aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar una fobia específica en comparación con los hombres. Asimismo, los subtipos más frecuentes, de mayor a menor

prevalencia, suelen ser las fobias situacionales, las relacionadas con el ambiente natural, las fobias a animales y, en último lugar, las de tipo sangre/inyecciones/heridas.

Desde una perspectiva transcultural, la prevalencia parece ser menor en países de Asia, Oriente Medio y África en comparación con países occidentales, si bien estas diferencias pueden estar influidas por factores culturales, sociales y metodológicos (Caballo et al., 2024).

5. Curso y pronóstico

La fobia específica suele iniciarse tempranamente, especialmente en los subtipos animal y sangre/inyecciones/heridas, cuya edad de comienzo típica se sitúa entre los 7 y los 11 años. Las fobias de tipo situacional tienden a aparecer más tardíamente, en la adolescencia o en la adultez temprana.

Aunque algunos miedos pueden remitir espontáneamente durante la infancia y la adolescencia, el curso de la fobia específica en la adultez tiende a ser crónico si no se recibe tratamiento. Se estima que la duración media del trastorno puede extenderse durante varias décadas. La remisión espontánea en adultos es poco frecuente.

El pronóstico empeora a medida que aumenta el número de miedos específicos, la presencia de evitación generalizada y la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Caballo et al., 2024).

6. Comorbilidad y diagnóstico diferencial

6.1. Comorbilidad

A diferencia de otros trastornos de ansiedad, la fobia específica como diagnóstico principal no suele presentar tasas elevadas de comorbilidad. No obstante, la probabilidad de comorbilidad aumenta de forma significativa cuando el individuo presenta múltiples fobias específicas.

Los trastornos más frecuentemente asociados incluyen otros trastornos de ansiedad, especialmente la ansiedad social, así como trastornos del estado de ánimo, en particular la depresión mayor. Asimismo, la presencia de fobia específica puede facilitar el desarrollo de conductas de consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento inadecuada (Caballo et al., 2024).

6.2. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con otros trastornos de ansiedad:

- **Agorafobia:** el miedo se extiende a múltiples situaciones y se asocia al temor a no poder escapar o recibir ayuda.
- **Trastorno de ansiedad social:** el núcleo del miedo es la evaluación negativa por parte de los demás.
- **Trastorno de ansiedad por separación:** el miedo se centra en la separación de figuras de apego.

Asimismo, debe diferenciarse de otros trastornos en los que el miedo o la evitación son secundarios a síntomas nucleares distintos, como el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático o los trastornos de la conducta alimentaria (Caballo et al., 2024).

7. Etiología y modelos explicativos

La fobia específica presenta una etiología multifactorial. No existe un único mecanismo causal, sino la interacción de factores de aprendizaje, cognitivos, biológicos y contextuales que contribuyen tanto a la adquisición como al mantenimiento del trastorno (Bados, 2017; Belloch et al., 2024).

7.1. Modelo de vulnerabilidad de Barlow

Uno de los modelos más influyentes para explicar la génesis de la fobia específica es el modelo de vulnerabilidad propuesto por Barlow, que distingue tres niveles interrelacionados:

7.1.1. Vulnerabilidad biológica

Hace referencia a una predisposición temperamental y genética a responder con elevada activación emocional ante situaciones de estrés. Rasgos como el neuroticismo, la afectividad negativa o la inhibición conductual incrementan la probabilidad de desarrollar respuestas intensas de miedo y ansiedad. Esta vulnerabilidad no determina por sí sola la aparición de la fobia, pero aumenta la reactividad emocional ante determinados estímulos.

Desde una perspectiva clínica, este nivel de vulnerabilidad explica por qué algunas personas desarrollan respuestas fóbicas intensas tras experiencias relativamente comunes, mientras que otras no.

7.1.2. Vulnerabilidad psicológica generalizada

Se refiere a la percepción aprendida, generalmente a partir de experiencias tempranas, de que el mundo es impredecible, incontrolable o peligroso, y de que el propio individuo carece de recursos eficaces para afrontar las amenazas. Factores como estilos educativos sobreprotectores, vínculos de apego inseguros o experiencias vitales adversas contribuyen a esta vulnerabilidad.

Esta percepción de falta de control favorece la aparición de ansiedad ante situaciones nuevas o ambiguas y constituye un terreno fértil para el desarrollo de trastornos de ansiedad en general.

7.1.3. Vulnerabilidad psicológica específica

Este tercer nivel alude a la asociación específica entre un estímulo concreto y una respuesta intensa de miedo, asco o malestar. Es el componente más directamente relacionado con la fobia específica y suele establecerse a través de procesos de aprendizaje.

Desde el punto de vista de la intervención, este nivel es especialmente relevante, ya que constituye la principal diana terapéutica de los tratamientos basados en la exposición.

7.2. Vías de adquisición del miedo fóbico

Tradicionalmente se han descrito tres vías principales, no excluyentes, mediante las cuales puede adquirirse una fobia específica:

7.2.1. Condicionamiento directo

El miedo fóbico puede originarse tras una experiencia directa altamente aversiva, en la que el estímulo fóbico se asocia a una respuesta intensa de miedo, dolor o malestar (por ejemplo, una mordedura de perro, un desmayo ante la sangre o un accidente de tráfico). La intensidad emocional del evento, la sorpresa y la percepción de falta de control aumentan la probabilidad de adquisición del miedo.

Según la teoría bifactorial, el condicionamiento clásico explica la adquisición inicial del miedo, mientras que el condicionamiento operante explica su mantenimiento: la evitación reduce la ansiedad a corto plazo, lo que refuerza negativamente la conducta evitativa.

7.2.2. Aprendizaje vicario

El miedo puede adquirirse por observación de las reacciones de miedo de otras personas significativas, especialmente figuras parentales. Este mecanismo es particularmente relevante en la infancia y ayuda a explicar la agregación familiar de ciertos miedos específicos.

7.2.3. Transmisión de información

La información verbal amenazante sobre determinados estímulos (por ejemplo, mensajes alarmistas sobre animales, enfermedades o accidentes) puede generar expectativas de peligro suficientes para originar miedo fóbico, incluso sin experiencias directas o vicarias.

7.3. Preparación biológica y relevancia filogenética

La teoría de la preparación biológica sostiene que los seres humanos están evolutivamente predispuestos a asociar el miedo con mayor facilidad a ciertos estímulos que han representado amenazas recurrentes a lo largo de la historia de la especie, como animales peligrosos, alturas, sangre o situaciones de confinamiento.

Esta predisposición ayuda a explicar la elevada prevalencia de determinados tipos de fobias específicas y su resistencia a la extinción, así como el hecho de que muchas de ellas aparezcan tempranamente en la infancia sin experiencias traumáticas claras.

7.4. Modelos cognitivos

Los modelos cognitivos enfatizan el papel de los sesgos en el procesamiento de la información relacionados con el estímulo fóbico:

- **Sesgo atencional:** tendencia a detectar de forma rápida y preferente estímulos relacionados con la fobia.
- **Sesgo interpretativo:** interpretación de estímulos ambiguos como altamente amenazantes.
- **Sobreestimación del peligro:** exageración de la probabilidad y gravedad de las consecuencias negativas.

Además, en algunos subtipos (especialmente fobias situacionales), el miedo no se dirige únicamente al estímulo externo, sino también a las propias sensaciones de ansiedad y a sus supuestas consecuencias (pérdida de control, desmayo, infarto).

7.5. Mecanismos de mantenimiento

Una vez instaurada la fobia, diversos factores contribuyen a su persistencia:

- **Evitación sistemática,** que impide la corrección de las expectativas de peligro.
- **Conductas de seguridad,** que reducen momentáneamente la ansiedad, pero refuerzan la creencia de amenaza.

- **Exposición breve seguida de escape**, que puede fortalecer la respuesta de miedo en lugar de extinguirla.

Desde una perspectiva clínica, estos mecanismos explican por qué la intervención debe centrarse en la exposición sostenida y en la eliminación de conductas de seguridad.

8. Evaluación clínica

La evaluación de la fobia específica tiene como objetivo delimitar con precisión el estímulo temido, el patrón de respuesta de ansiedad, el grado de evitación y el nivel de interferencia funcional, así como descartar otros trastornos que puedan explicar mejor el cuadro clínico (Bados, 2017).

8.1. Entrevista clínica

La entrevista constituye el eje central de la evaluación. Debe explorar:

- La naturaleza del estímulo fóbico y las situaciones temidas.
- El patrón de respuesta cognitiva, fisiológica y conductual.
- La historia de inicio y evolución del problema.
- Las conductas de evitación y de seguridad.
- El grado de deterioro funcional.
- La presencia de comorbilidad y diagnósticos diferenciales.

En el subtipo sangre/inyecciones/heridas es fundamental indagar la presencia de mareos, síncope o casi síncope.

8.2. Cuestionarios y autoinformes

Los instrumentos de autoinforme permiten cuantificar la intensidad del miedo, la evitación y la interferencia. Pueden emplearse:

- **Cuestionarios generales de miedos**, útiles para detectar la presencia de múltiples temores.
- **Cuestionarios específicos**, centrados en un estímulo concreto (por ejemplo, miedo a volar, a las alturas o a la sangre).

- **Medidas de interferencia o discapacidad**, que evalúan el impacto funcional del problema.

Asimismo, pueden utilizarse autoinformes referidos al miedo justo antes o durante la exposición a la situación temida.

8.3. Autorregistros y observación

Los autorregistros permiten analizar la frecuencia, intensidad y contexto de las respuestas de ansiedad, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas. La observación directa, cuando es posible, aporta información relevante sobre la conducta evitativa y las respuestas fisiológicas.

9. Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico constituye la intervención de primera elección en la fobia específica. La evidencia empírica señala de manera consistente que las intervenciones basadas en la exposición producen tasas elevadas de mejoría clínica, mantenimiento de los logros terapéuticos a largo plazo y una reducción significativa de la evitación y del malestar subjetivo (Bados, 2017; Choy et al., 2007; Thng et al., 2020).

El objetivo fundamental del tratamiento es reducir el miedo y la evitación mediante la exposición directa al estímulo fóbico, permitiendo que el paciente aprenda que el estímulo no es tan peligroso como anticipa, que la ansiedad es tolerable y transitoria, y que las consecuencias temidas no ocurren o son manejables.

9.1. Exposición en vivo

La exposición en vivo constituye el tratamiento más eficaz para la mayoría de las fobias específicas. Consiste en la confrontación deliberada y sistemática con el estímulo fóbico, evitando conductas de seguridad y escape. Desde un punto de vista clínico, la exposición debe ser prolongada, repetida y suficientemente intensa para permitir la activación del miedo y su posterior habituación o reestructuración emocional.

Puede aplicarse de forma gradual o mediante procedimientos intensivos, incluyendo tratamientos de una sola sesión. La evitación y las conductas de seguridad deben reducirse activamente para maximizar la eficacia.

En un paciente con fobia a los perros, la intervención puede iniciarse con la observación de un perro a distancia, progresar hacia la permanencia en el mismo espacio y culminar con la interacción directa. Durante la exposición, el terapeuta debe prevenir activamente las conductas de seguridad, como evitar el contacto visual o mantener excesiva distancia.

9.1.1 Diseño de jerarquías de exposición

En la práctica clínica, la exposición suele organizarse mediante jerarquías graduadas que ordenan las situaciones temidas desde menor a mayor ansiedad. Estas jerarquías permiten adaptar el ritmo del tratamiento a las características del paciente, favoreciendo la adherencia y reduciendo el abandono terapéutico.

Las jerarquías se construyen de forma colaborativa, asignando niveles subjetivos de ansiedad a cada situación. Por ejemplo, en la fobia a volar, una jerarquía puede incluir desde ver imágenes de aviones hasta realizar un vuelo completo. El progreso se basa en la reducción sostenida de la ansiedad.

9.2. Tratamientos intensivos y de sesión única

Los tratamientos intensivos, incluyendo los protocolos de sesión única, han demostrado una elevada eficacia en determinados subtipos de fobia específica, especialmente en fobias a animales y alturas. Estos formatos concentran la exposición en un periodo breve y requieren una cuidadosa preparación clínica.

En fobias a animales, los tratamientos intensivos de una sola sesión han mostrado elevada eficacia. Un ejemplo clínico consiste en una sesión prolongada de exposición guiada con una serpiente, combinada con psicoeducación y modelado por parte del terapeuta.

9.3. Intervenciones cognitivas

Las intervenciones cognitivas se dirigen a modificar creencias disfuncionales relacionadas con la probabilidad de daño, la intolerancia a la ansiedad y la percepción de falta de control. Aunque la exposición es el componente esencial, la reestructuración cognitiva puede facilitar el compromiso del paciente con el tratamiento.

En pacientes con fobia a volar, es frecuente la presencia de creencias catastrofistas sobre accidentes aéreos. La intervención cognitiva se centra en identificar estas creencias y contrastarlas con información objetiva, siempre como complemento de la exposición.

9.4. Tratamientos cognitivo-conductuales

La terapia cognitivo-conductual integra la exposición con técnicas dirigidas a modificar creencias disfuncionales sobre el peligro, la probabilidad de daño y la capacidad de afrontamiento. La evidencia indica que la CBT es altamente eficaz, tanto en formato presencial como mediante intervenciones asistidas por ordenador o internet.

9.5. Tratamientos específicos para la fobia SIH

En la fobia a la sangre/inyecciones/heridas, la exposición debe combinarse con técnicas de tensión muscular aplicada, cuyo objetivo es contrarrestar la respuesta vasovagal, previniendo la caída brusca de la presión arterial y el desmayo.

En este subtipo, el tratamiento incluye entrenamiento en tensión muscular aplicada antes de la exposición. Por ejemplo, un paciente con miedo a las extracciones de sangre aprende a tensar grupos musculares durante la visualización del procedimiento para prevenir el desmayo.

9.6. Nuevas tecnologías

La exposición mediante realidad virtual ha mostrado resultados prometedores, especialmente en fobias situacionales como el miedo a volar o a las alturas. Estas intervenciones pueden resultar más aceptables para algunos pacientes, permiten un alto control del estímulo y facilitan el acceso al tratamiento.

10. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico no se considera de primera elección en la fobia específica. Los fármacos no han mostrado eficacia sostenida cuando se utilizan como intervención única y su papel se limita, en general, a su uso como coadyuvantes del tratamiento psicológico.

Diversos agentes farmacológicos han sido estudiados como complementos de la exposición, con resultados inconsistentes. Los betabloqueantes y las benzodiazepinas pueden reducir la activación fisiológica a corto plazo, pero presentan el riesgo de interferir con los procesos de habituación y extinción del miedo. Otros fármacos, como el propanolol o los glucocorticoides, han mostrado resultados preliminares prometedores como potenciadores de la exposición, si bien la evidencia aún es limitada.

En términos clínicos, el uso de medicación debe valorarse de forma individualizada y con cautela, priorizando siempre las intervenciones psicológicas basadas en la exposición.

11. Síntesis y aspectos clave

La fobia específica es un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo intenso, persistente y desproporcionado ante un objeto o situación claramente delimitados. Aunque suele considerarse un trastorno de baja gravedad relativa, puede generar un elevado malestar

subjetivo, interferencias funcionales significativas y un mayor riesgo de comorbilidad cuando se presentan múltiples miedos.

Desde el punto de vista clínico, resulta esencial diferenciar la fobia específica de otros trastornos de ansiedad, especialmente la agorafobia y la ansiedad social, así como de trastornos en los que el miedo constituye un síntoma secundario.

La evidencia empírica señala de forma consistente a la exposición en vivo como el tratamiento de elección, con elevadas tasas de eficacia. Los modelos explicativos destacan la interacción de factores de aprendizaje, cognitivos y biológicos, así como el papel central de la evitación en el mantenimiento del trastorno.

12. Referencias bibliográficas

- Adams, T. G., Sawchuk, C. N., Cisler, J. M., Lohr, J. M., & Olatunji, B. O. (2014). Specific phobias. En P. Emmelkamp y T. Ehring (Eds.), *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders* (pp. 297-320). Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9781118775349.ch18>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5-TR texto revisado* (5ª edición, texto revisado). Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. (2017). *Fobias específicas*. Universitat de Barcelona.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2024). *Manual de psicopatología* (4ª edición, Volumen 1). McGraw Hill.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobbles, J. A. (2024). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos: adaptado al DSM-5-TR ya la CIE-11*. Ediciones Pirámide.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266–286. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.002>
- Thng, C. E. W., Lim-Ashworth, N. S. J., Poh, B. Z. Q., & Lim, C. G. (2020). Recent developments in the intervention of specific phobia among adults: a rapid review. *F1000Research*, 9, F1000 Faculty Rev-195. <https://doi.org/10.12688/f1000research.20082.1>