

Miedos y fobias en la infancia

M. JOSE GUERRE LOBERA^a Y NADIA OGANDO PORTILLA^b

^aF.E.A. Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

^bMIR Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

marijose.guerre@salud.madrid.org; nadia@ogando@gmail.com

Puntos clave

● Los miedos son frecuentes en la infancia, sus manifestaciones dependen de estadio evolutivo, tienden a ser pasajeros, resolviéndose espontáneamente con la maduración cognitiva.

● Valorar si la respuesta ante el estímulo es desproporcionada y desadaptativa ayudará a diferenciar entre miedos normales y fobias.

● Dentro de los factores etiológicos, genética, temperamento y ambiente, adquieren especial relevancia las experiencias vividas por el niño y los aprendizajes, tanto directos como indirectos, como, por ejemplo, lo que los niños ven en la televisión.

● Los niños fóbicos pueden permanecer asintomáticos fuera del estímulo fóbico o, por el contrario, manifestar un gran sufrimiento si la fobia es invasiva y no es posible la evitación.

● Aunque las fobias son más frecuentes en adultos, la gran mayoría se inician en la infancia, siendo factor de riesgo para el desarrollo de futuros cuadros psicopatológicos, por lo que un diagnóstico y un tratamiento precoz son necesarios.



Introducción

Todos los niños tienen miedos en algún momento de su vida. La mayoría son pasajeros, varían a lo largo del desarrollo y se resuelven espontáneamente con la evolución y la mejora de sus capacidades cognitivas. En ocasiones, puede resultar complicado diferenciar los miedos normales de las fobias. Se considera *miedo* a aquella emoción displacentera con componentes cognitivos, psicológicos y comportamentales, normalmente específico para la edad del niño, que se produce en respuesta a una situación de peligro real o imaginario, y que no produce una importante alteración funcional. El miedo tiene una función adaptativa y necesaria filogenéticamente para la supervivencia de la especie. La presentación es diferente según la edad. En líneas generales, los miedos a la separación de seres queridos o a la oscuridad son más propios de niños pequeños. Con el crecimiento, los miedos sociales adquieren mayor importancia, el miedo al ridículo o a hablar en público son más comunes en la adolescencia.

Miedos y desarrollo evolutivo

Primera infancia

A partir de los 6 meses aparece miedo a las alturas, a los extraños y a la separación de las figuras de apego que se intensifica entre el año y 2 años y medio. Estos 3 tipos de miedos se consideran programados genéticamente y con alto valor adaptativo.

En esta etapa empiezan a surgir miedos relacionados con pequeños animales y ruidos fuertes, como los de los truenos.

Preescolares (2,5-6 años)

Se mantienen los previos, sobre todo el miedo a la separación. Conforme avanza el desarrollo cognitivo, aparecen más estímulos generadores de miedo. Son propios

de esta etapa el miedo a los monstruos, la oscuridad, los fantasmas o a los personajes del cine o dibujos. La mayoría de los miedos a animales empiezan en esta etapa y pueden perdurar hasta la adultez.

Escolares

El pensamiento operativo y la capacidad para razonar de forma concreta mejoran la percepción de la realidad; así van desapareciendo los miedos a seres fantásticos e imaginarios, dando lugar a otros relacionados con el temor a situaciones reales que puedan causar un daño, miedos a las catástrofes naturales, a presentar enfermedades o a lastimarse. Es la edad de inicio de las fobias a daño-sangre-inyecciones. Al final de esta etapa comienza, aunque poco frecuente, el miedo a la valoración negativa de los iguales o a los exámenes.

Adolescencia

Se reducen significativamente los miedos de épocas anteriores. Los intereses y las preocupaciones se centran ahora sobre todo en las relaciones con iguales, por lo que los miedos estarán asociados al temor a la crítica y al rechazo, al fracaso escolar y a no conseguir los logros académicos deseados o miedo al ridículo o a hablar en público (tabla 1).

Miedos y fobias

La distinción entre los miedos normales y las fobias no es sencilla. La fobia es un temor no justificado ante un objeto o situación que, aunque pueda reconocerse como irracional o exagerado, genera en el individuo una intensa reacción de angustia y que se acompaña del deseo por evitar dicho estímulo, produciendo elevado malestar emocional con repercusión funcional en caso de enfrentarse a ello.

Tabla 1. Miedos y fobias según la edad

Edad	Competencias e intereses	Fuentes de miedo	Possibles trastornos
0-24 meses	Esquema sensoriomotor, relación causa-efecto, permanencia objeto	Estímulos intensos, altura, rostros extraños separación	
2-5 años	Pensamiento preoperatorio, imaginación	Monstruos, potenciales agresores, oscuridad	Ansiedad de separación
7-12 años	Pensamiento operativo, razonamiento concreto, interés por logros escolares	Catástrofes naturales, accidentes, animales, enfermedades, mal rendimiento	Fobias a animales, sangre, quejas somáticas, TOC, ansiedad a exámenes
Adolescencia	Pensamiento operativo formal, capacidad de anticipación, importancia de los iguales	Ser excluido por los iguales	Fobia social, agorafobia, crisis de angustia

TOC: trastorno obsesivo compulsivo.

Adaptado de Marcelli, Manual de psicopatología del niño. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.

Epidemiología

Los miedos infantiles son muy comunes, entre el 30% y el 50% de los niños presentan uno o más miedos intensos pero no todos tendrán significación clínica.

La prevalencia de las fobias oscila entre un 3 y un 9% de los niños y adolescentes, llegando incluso a un 15% según diferentes autores. Esta variabilidad se debe a diferencias metodológicas en los estudios y a que los padres tienden a ocultar la presencia de las mismas por lo que podría haber una infraestimación de dicha patología¹. Son más frecuentes en el sexo femenino.

Las más habituales y de comienzo en la primera niñez son las relacionadas con los *animales*, seguidas por las *ambientales*, y posteriormente por las de tipo *situacional y la agorafobia*, que son más frecuentes alcanzada la veintena². Las fobias ambientales parecen tener una mayor repercusión social, más comorbilidad, e ir acompañadas de más clínica somática que el resto de fobias simples³.

En un estudio realizado en 3.005 adolescentes entre 12 y 17 años, hasta un 76,5% manifestaba tener miedos, y solo el 27,3% cumplía criterios para fobia específica a lo largo del año previo. El daño-sangre-inyecciones y los animales eran los miedos más comunes. De todos ellos, solo el 6,5% necesitó tratamiento. Esto último corrobora los datos ya conocidos, es sencillo poder evitar los estímulos fóbicos en la vida diaria y, por tanto, habrá mínima repercusión funcional en la gran mayoría de los casos⁴.

Etiología (tabla 2)

Neuroimagen. Las áreas cerebrales relacionadas con la fobia son principalmente 5: la ínsula, la amígdala, el córtex prefrontal y orbitofrontal, y la corteza del cíngulo anterior⁵. El papel de la amígdala ha sido ampliamente estudiado en el mecanismo del miedo. Las conductas evitativas se situarían en la corteza prefrontal y se ha objetivado una relación entre los receptores del N-metil-D-aspartato y la adquisición y consolidación de memorias del miedo⁶. Estos hallazgos son similares a los obtenidos para otros trastornos de ansiedad, lo que hace pensar en una base neurobiológica semejante.

Factores de riesgo

Presencia de una fobia en algún miembro de la familia⁷; un temperamento intolerante a la frustración con tendencia a sobredimensionar ante situaciones cotidianas o debilidad física o mental; niños de temperamento más sensible, dependiente, con pobre autonomía para la edad o con alteraciones en el apego, y especialmente relevante para el desarrollo de fobia social y agorafobia es la reexperimentación de acontecimientos traumáticos en situaciones semejantes⁸.

Tabla 2. Factores etiológicos de los miedos y las fobias

Factores etiológicos	Características
Genéticos	Agregación familiar Más frecuente en fobia a las inyecciones
Temperamentales	Predisposición individual: timidez, inhibición, retraimiento
Ambientales	Aprendizajes: Condicionamiento clásico: miedo tras mordedura de perro Condicionamiento operante: perpetúa el miedo al ver a otro perro Modelado: el niño observa cómo su madre se cambia de acera al ver un perro A través de experiencias, lecturas, conversaciones, televisión...

Clínica

Los niños fóbicos se encuentran habitualmente asintomáticos fuera del estímulo, que es evitado con facilidad y sin interferencia en su vida diaria. En caso de no poder evitarlo, generará importante sufrimiento en el niño y en su entorno.

La presentación clínica la agruparemos en 4 tipos de síntomas; la expresión y el predominio de un grupo u otro variará en función de la edad y el desarrollo emocional y cognitivo.

La fobia social tiene un inicio más tardío, en caso de ser grave podría conducir a rechazo al colegio. La fobia escolar es factor de riesgo para fracaso escolar, presenta 2 picos a los 6 y a los 12 años. Podría ser una manifestación de trastorno de ansiedad de separación o de fobia social (tabla 3).

Diagnóstico

Ante un niño con miedos, lo primero es valorar si es normal y cumple unas características específicas según la edad o si adquiere significación clínica. Conocer la intensidad y la duración de los síntomas y recabar información sobre el grado de interferencia en el funcionamiento del niño nos ayudará a distinguirlo. Recogeremos información sobre patología médica intercurrente, antecedentes personales de cuadros similares y antecedentes familiares de trastornos relacionados y psiquiátricos.

Para definir bien el alcance de la fobia o miedo, investigaremos sobre todo: modo de aparición del cuadro y posibles desencadenantes recientes y remotos, conductas observables en el niño, modo de reaccionar del entorno ante la aparición de estas conductas y conse-

Tabla 3. Síntomas de los miedos y las fobias

Neurovegetativos	Taquicardia
(activación simpática)	Aumento de la presión arterial y frecuencia respiratoria
	Sudoración, palidez o rubor
	Aumento del tono muscular
Cognitivos	Fallos en concentración, atención y memoria
	Pensamientos o imágenes relacionados con lo peligroso del estímulo y las consecuencias negativas que el niño cree que le acarreará
	Sensación de despersonalización o desrealización más frecuente en niños mayores y adolescentes
Emocionales	Llanto, ansiedad, angustia y aprensión
	Más llamativos e intensos cuanto menor sea el niño
Conductuales	Inquietud, desasosiego
	Rara la inhibición
	Evitación activa del estímulo aversivo incluso reacción de huida

Niveles de tratamiento

1. *Psicoeducación para padres y niño*: conocer el origen de los miedos, su carácter evolutivo y cuáles son los mecanismos que los perpetúan. Mejora el manejo y facilita la extinción.

2. *Terapia cognitivo-conductual (TCC)*: es el tratamiento efectivo de mayor evidencia y debería ser el tratamiento de primera línea¹¹. La relación con el estímulo/objeto fóbico es la base de estas terapias. Son más eficaces las técnicas que facilitan esa relación *in vivo*, ya que no todos los niños tienen facilidad para recrear imágenes mentales. La *exposición* debería realizarse de modo gradual para facilitar el control de síntomas, ya que, por su inmadurez, los niños poseen pocos mecanismos efectivos de control del estrés y emociones negativas. Es fundamental la participación de los padres. Dentro de este tipo de terapias, destacan por su evidencia la *desensibilización sistemática in vivo*, la *práctica reforzada* y el *modelado participante*¹². La *desensibilización sistemática mediante movimientos oculares* es una técnica prometedora¹³.

3. *Fármacos*: necesarios si el miedo y los síntomas asociados son incapacitantes, no se puede realizar TCC, existe comorbilidad grave o ideación suicida. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son los fármacos de primera línea con eficacia demostrada¹⁴⁻¹⁶. Las benzodiacepinas son útiles como tratamiento agudo.

Pronóstico

La mayor parte de los miedos en los niños son transitarios y se resuelven espontáneamente. En general, el pronóstico es bueno. Existen pocos estudios en niños pero parece que, a mayor severidad de los síntomas o presencia de comorbilidad psiquiátrica, peor es el pronóstico y mayor la tendencia a persistir durante la adultez. No existe correlación negativa significativa sobre los resultados académicos¹⁷. Aquellos adultos que mantengan las fobias desde la infancia, presentan repercusiones en su vida social, laboral y personal, con empeoramiento en la calidad de vida, incluso sin comorbilidad^{9,18}.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía



- Importante ●● Muy importante
- Metanálisis
- Ensayo clínico controlado
- 1. Stevenson J, Batten N, Cherner M. Fears and fearfulness in children and adolescents: A genetic analysis of twin data. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992;33:977.

cuencias, y grado de interferencia en la vida del niño y la familia. Las fobias pueden formar parte de otros cuadros psiquiátricos, como, por ejemplo, trastornos del espectro autista o psicosis. En estos casos, lo relevante no es la conducta temerosa y de evitación, sino el objeto fóbico o la intensidad de la reacción. Estos niños pueden reaccionar con intenso pavor, incluso con crisis de agitación, ante situaciones u objetos cotidianos, tipo el ruido de la cisterna, escuchar una determinada canción o usar cordones en las zapatillas. Es frecuente la comorbilidad entre varios tipos de fobias. La patología comórbida más habitual en los niños es el trastorno de ansiedad por separación, la ansiedad generalizada y el déficit de atención con hiperactividad⁹. La *fobia social* y la *agorafobia* suelen asociarse también a trastornos afectivos y abuso de sustancias³.

Tratamiento

Muchas fobias tienen su inicio en la infancia y pueden ser un factor de riesgo para desarrollar patología en la vida adulta. Un tratamiento precoz mejorará el pronóstico. Debe incluir a niño, padres y colegio. Las familias, al igual que el entorno escolar, son fundamentales a la hora de reforzar o limitar dichas conductas, pues es posible que estos niños presenten rechazo social o afectación de rendimiento escolar¹⁰.

- 2. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The genetic epidemiology of phobias in women: the relationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:273-81.
- 3. Ries K, Merikangas KR, Angst J. Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1995;244:297-303.
- 4. Benjet C, Borges G, Stein DJ, Méndez E, Medina-Mora ME. Epidemiology of fears and specific phobia in adolescence: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(2):152-8.
- 5. Linares IM, Trzesniak C, Chagas MH, Hallak JE, Nardi AE, Crippa JA. Neuroimaging in specific phobia disorder: a systematic review of the literature. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(1):101-11.
- 6. Amaral OB, Roesler R. Targeting the NMDA receptor for fear-related disorders. *Recent Pat CNS Drug Discov*. 2008;3(3):166-78.
- 7. Kendler KS, Jacobson KC, Myers J, Prescott CA. Sex differences in genetic and environmental risk factors for irrational fears and phobias. *Psychological Med*. 2002;32(2):209-17.
- 8. Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. *Behav Res Ther*. 1977;15:375.
- 9. Ollendick TH, Raishevič N, Davis III TE, Sirbu C, Öst L-G. Specific phobia in youth: phenomenology and psychological characteristics. *Behav Ther*. 2010;41(1):133-41.
- 10. Masia CL, Klein RG, Storch EA, Corda B. School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7):780-6.
- 11. Mancini C, Van Ameringen M, Bennett M. Emerging treatments for child and adolescent social phobia: a review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005;15(4):589-607.
- 12. Ollendick TH, King NJ. Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *J Clin Child Psychol*. 1998;27(2):156-67.
- 13. Muris P, Merckelbach H, Holdrinet I, Sijssenaar M. Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(1):193-8.
- 14. Phan KL, Coccaro EF, Angstadt M, Kreger KJ, Mayberg HS, Liberzon I, Stein MB. Corticolimbic brain reactivity to social signals of threat before and after sertraline treatment in generalized social phobia. *Biol Psychiatry*. 2013;73(4):329-36.
- 15. Khalid-Khan S, Santibanez MP, McMicken C, Rynn MA. Social anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Paediatr Drugs*. 2007;9(4):227-37.
- 16. Banerjee SP, Bhandari RP, Rosenberg DR. Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. *J Dev Behav Pediatr*. 2005;26(2):123-7.
- 17. Manassis K, Hood H. Individual and familial predictors of impairment in childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:428.
- 18. Brent D, Rabinovich H, Birmaher B, Campo J. Major psychiatric disorders in childhood and adolescence. En: *Development Behavioural Pediatrics* 3rd. Levine MD, Carey W, Crocker AC, editors. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p. 632.