

LAS DOS CARAS DEL MIEDO

Dr. Salvador Santoyo Rincón¹

¹Médico pediatra Hospital General Salamanca, Capítulo Salamanca
Bol Col Ped Gto 2025;3(3):15-18

El miedo es una emoción cuya función es la de advertirnos de que algo es peligroso para que tomemos acción al respecto. Es un mecanismo de defensa que nos ayuda a sobrevivir. Es una sensación, habitualmente desagradable, que nos prepara para reaccionar ante una adversidad, o una situación percibida como amenazante y potencialmente dañina. Por lo tanto, su existencia es incómoda, pero necesaria. Tal como lo es el dolor, tan molesto como útil, ya que nos señala una parte del cuerpo que requiere atención.

Este mecanismo se detona y se regula en el cerebro, órgano diseñado para aprender a sobrevivir con la mayor eficiencia, es decir, hará lo posible para mantenernos vivos con la menor inversión de energía.

El detonante del miedo llega al tálamo cerebral a través de los órganos de los sentidos y/o la imaginación. De ahí la señal se envía al hipocampo (área relacionada con la memoria), en donde el estímulo recibido se compara o busca relación con los recuerdos que se tienen y esa información se envía a la amígdala, que determina si el estímulo representa una amenaza o no, con base en lo que se tiene en la memoria. De ser así, envía, por un lado, una señal al tálamo, que interpreta la amenaza y dirige la información a la corteza prefrontal para el actuar (huir

o luchar). Y por el otro lado, manda un estímulo al hipotálamo para ordenarle que inicie la cascada de respuesta al estrés mediante la producción de la hormona liberadora de corticotropina, la cual actuará en la hipófisis anterior promoviendo la excreción de la hormona corticotropina, para a su vez, inducir en la glándula suprarrenal la liberación de cortisol y adrenalina, quienes causan los cambios fisiológicos que se observan en el cuerpo durante el estrés agudo (Figura 1), tales como:

- A) Aceleración de la frecuencia e incremento de la fuerza de la contracción cardíaca y el flujo sanguíneo.
- B) Aumento del tono y la fuerza de los músculos.
- C) Elevación de la concentración de la glucosa sanguínea.
- D) Incremento de la presión arterial y mejora de la distribución de oxígeno y nutrientes.

Estos efectos preparan al cuerpo para huir o luchar.

Hasta este punto, ante una amenaza real, todos estos cambios resultan fisiológicos, útiles y deseables. Este es un miedo adaptativo y funcional.

Sin embargo, la exposición a estímulos amenazantes de manera prolongada en frecuencia, duración y/o intensidad, puede ocasionar que este proceso fisiológico se torne disfuncional. Ya que es posible que se detone la cascada de respuesta al estrés ante un estímulo interpretado como amenazante cuando en realidad no lo es. O peor aún, cuando se pierde la capacidad de reaccionar ante una amenaza real.

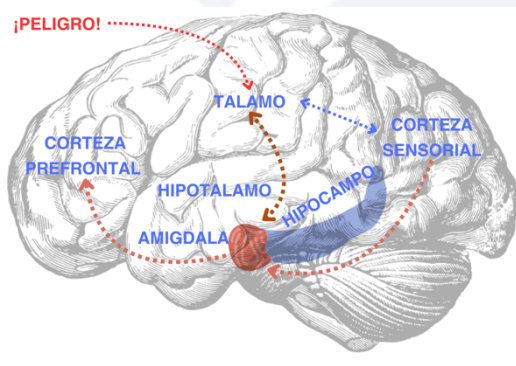


Figura 1: Procesamiento del estímulo amenazante.

Así, un evento traumático único, pero muy cargado de intensidad, como un accidente, un desastre natural o una situación que haya puesto en peligro la vida propia o la de terceros, puede ser suficiente para crear estos atajos. Eso mismo pasa, cuando de manera frecuente y/o prolongada, se expone una persona a eventos que amenazan su seguridad, su integridad o bienestar. Los niños

son especialmente susceptibles a ello. Y aunado a esto, también cabe resaltar su capacidad para aprender los modos de afrontamiento de sus figuras parentales, es decir, pueden ser contagiados y/o protegidos con los miedos de sus cuidadores y sus formas de afrontar las adversidades.

Como se comentó previamente, el cerebro busca mantenernos vivos administrando eficientemente la energía, por ello, crea atajos o circuitos alternos, entre la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, sin pasar por el tálamo (encargado de razonar e interpretar la información), por lo tanto, se pueden presentar conductas dirigidas por información no racionalizada, y con intensa carga emocional.

Cuando esto pasa en niños y adolescentes, pueden llegar a desarrollar un trastorno de ansiedad, si presentan síntomas que causan malestar considerable o disfunción significativa en su desarrollo psicomotor, cognitivo o del lenguaje; cuando dificultan el aprendizaje escolar y/o la sana interacción social; cuando se ven desbordados por sus emociones y/o tienen problemas para autorregularse, relajarse, dormir y/o disfrutar (de juegos, comidas, actividades recreativas, etc.).

El trastorno de ansiedad en niños puede manifestarse de 6 maneras generales:

1) Trastorno de ansiedad por separación.

Más frecuentes en preescolares y escolares, implican el miedo a separarse de sus figuras de apego.

Temen que los abandonen o que sufran algún accidente y cualquier situación que los aleje de ellos.

2) Fobia específica.

Desarrollan miedo irracional y desproporcionado a un objeto, situación, persona o animal específico. Muestran conductas evitativas e incluso pueden desencadenar ataques de pánico ante el estímulo.

3) Trastorno de pánico.

Desencadenan síntomas de ansiedad muy intensos de manera súbita y muchas veces sin un factor causal conscientemente identificado. Evitan situaciones asociadas con los ataques de pánico previos por miedo a desarrollar un nuevo evento de pánico. (Tienen miedo de tener miedo).

4) Mutismo selectivo.

El niño pierde la capacidad de emitir palabras en ciertas circunstancias o con las personas fuera de un círculo selecto con los que puede hablar e interactuar normalmente.

5) Trastorno de Ansiedad social.

Es más frecuente entre adolescentes y escolares. Tienen síntomas de ansiedad ante situaciones en las que están

expuestos al juicio de los demás. (Evitan destacar en público, incluso prefieren no hablar ante situaciones tan necesarias y comunes como el hacer la parada en el transporte público al llegar a su destino o pedir permiso para ir al baño).

6) Trastorno de Ansiedad generalizada.

Habitualmente desarrollan síntomas de ansiedad ante situaciones muy variadas cuya resolución frecuentemente no depende de ellos, sino de terceras personas. Sufren a causa de sus pensamientos pesimistas y ante situaciones cuya presentación es poco probable y/o a muy largo plazo.

Estos miedos son aprendidos y como tal, el tratamiento consiste en desaprenderlos, para ello puede ser de utilidad la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Sistémico-Familiar, la psicoeducación y la promoción de factores de protección, tales como:

- A) Fortalecer la autoestima, reconociendo sus cualidades y habilidades.
- B) Abrir canales de comunicación y evitar juicios innecesarios.
- C) Alentar la participación en actividades recreativas, deportivas, artísticas y al aire libre (en contacto directo con la naturaleza).

- D) Promover el apego seguro y modos de afrontamiento más sanos.
- E) Facilitar la sana convivencia con sus pares.
- F) Inculcar la higiene del sueño, la meditación y la autorregulación (mediante el control de la respiración, por ejemplo).

En ocasiones, cuando los síntomas son muy severos o si causan tal disfunción, que les resulta imposible participar de la terapia, los medicamentos pueden ser de ayuda. Los más frecuentemente usados en niños y adolescentes son los inhibidores de la recaptura de serotonina (Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, etc.); a veces la risperidona (un antipsicótico) puede ayudar a regular la irritabilidad y mejorar la calidad del sueño; y muy rara vez se utilizan los ansiolíticos (clonazepam, alprazolam, diazepam, etc.) que pueden ser de utilidad en caso de síntomas muy graves y/o en ataques de pánico severos.

El trastorno de ansiedad o el miedo patológico puede llegar a ser tan incapacitante que afecta severamente la calidad de vida de quien lo sufre y de sus familiares. Requiere la intervención oportuna del psicólogo, del pediatra, del paidopsiquiatra y de los maestros y entrenadores; pero en especial del amor, el apoyo, la paciencia y la comprensión de sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Walder, N., Frey, A., Berger, T., & Schmidt, S. J. (2025, June 12). Digital mental health interventions for the prevention and treatment of social anxiety disorder in children, adolescents, and young adults: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e67067.
<https://doi.org/10.2196/67067>
- 2.- Zugman, A., Winkler, A. M., Qamar, P., & Pine, D. S. (2024, March). Current and future approaches to pediatric anxiety disorder treatment. *American Journal of Psychiatry*, 181(3), 189–200.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20231037>
- 3.- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>