REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE
ISDN: 1578-1062

Dans la genèse d'un trouble anxieux de l'enfant ; qu'on est-il des angoisses des parents ?

En el desarrollo de un trastorno de ansiedad en un niño, ¿qué papel desempeñan las angustias de los padres?

In the development of an anxiety disorder in a child, what role do the parents' anxieties play?

Rachida Sbaa
Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech

Bouchra AABBASSI
Equipo de Investigación en Psiquiatría y Salud Mental – Hospital Ibn Nafis. Hospital Universitario Mohammed VI, Marrakech

Fatiha MANOUDI
Equipo de Investigación en Psiquiatría y Salud Mental – Hospital Ibn Nafis. Hospital Universitario Mohammed VI, Marrakech

Correspondence: Rachida Sbaa
Email: Dr.sbaa.r@gmail.com
Reçu: 19/10/26
Accepté : 29/10/2026

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-8
Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0
DOI : https://doi.org/10.65549/xvbaxt69

Résumé

Les enfants de parents anxieux présentent un risque nettement accru (jusqu'à cinq fois supérieur) de développer eux-mêmes des troubles anxieux, sous l'effet conjugué de facteurs génétiques et environnementaux. Nous rapportons le cas de Lilia, fillette de 7 ans adressée pour refus scolaire, chez qui le diagnostic de refus scolaire anxieux sur anxiété de séparation d'intensité sévère a été retenu à travers le cosleeping et les conduites d'évitement, un sentiment d'insécurité émotionnelle en l'absence de la maman. L'absence d'amélioration après huit semaines d'une prise en charge bien conduite basée sur une guidance parentale, une psychothérapie et un traitement médicamenteux a motivé la recherche de facteurs nourriciers de l'anxiété, révélant une histoire maternelle marquée par des psychotraumatisme sévères entretenant, et un style éducatif parental à la fois permissif et hyperprotecteur. L'initiation d'une thérapie maternelle individuelle a permis la reprise progressive de la scolarisation. Ce cas illustre les mécanismes de transmission transgénérationnelle des troubles anxieux et souligne la nécessité d'une approche thérapeutique intégrée, incluant les parents, pour assurer une rémission durable.

Mots-clés : anxiété de séparation ; refus scolaire ; transmission transgénérationnelle ; anxiété parentale ; psychotraumatisme.

Abstract

Children of anxious parents face a significantly higher risk—up to five times greater—of developing anxiety disorders themselves, due to a combination of genetic and environmental factors. We report the case of Lilia, a 7-year-old girl referred for school refusal. She was diagnosed with school refusal rooted in severe separation anxiety, manifested through co-sleeping, avoidant behaviors, and a sense of emotional insecurity in her mother's absence. A lack of improvement after eight weeks of well-conducted treatment—comprising parental guidance, psychotherapy, and medication—prompted an investigation into factors fueling the anxiety. This revealed a maternal history marked by severe psychological trauma, as well as a parenting style that was both permissive and overprotective. Initiating individual therapy for the mother facilitated the child's gradual return to school. This case illustrates the mechanisms of the transgenerational transmission of anxiety disorders and underscores the need for an integrated therapeutic approach—one that includes the parents—to ensure lasting remission.

Keywords: separation anxiety; school refusal; transgenerational transmission; parental anxiety; psychological trauma.

Resumen

Los hijos de padres con ansiedad presentan un riesgo notablemente mayor (hasta cinco veces superior) de desarrollar, a su vez, trastornos de ansiedad, debido a la combinación de factores genéticos y ambientales. Presentamos el caso de Lilia, una niña de 7 años derivada a consulta por rechazo escolar. Se estableció el diagnóstico de rechazo escolar de origen ansioso, vinculado a una ansiedad por separación de intensidad grave, manifestada a través del colecho, conductas de evitación y una sensación de inseguridad emocional ante la ausencia de la madre. La falta de mejoría tras ocho semanas de un abordaje terapéutico adecuado —que incluyó orientación a los padres, psicoterapia y tratamiento farmacológico— llevó a investigar los factores que alimentaban dicha ansiedad. Esto reveló una historia materna marcada por psicotraumas graves, así como un estilo de crianza caracterizado por ser, simultáneamente, permisivo e hiperprotector. El inicio de una terapia individual para la madre permitió la reincorporación progresiva de la niña a la escuela. Este caso ilustra los mecanismos de transmisión transgeneracional de los trastornos de ansiedad y subraya la necesidad de un enfoque terapéutico integral, que incluya a los padres, para garantizar una remisión duradera.

Palabras clave: ansiedad por separación; rechazo escolar; transmisión transgeneracional; ansiedad parental; psicotrauma.

Introducción

Los hijos de padres ansiosos presentan un alto riesgo (hasta cinco veces mayor que la población general) de desarrollar trastornos de ansiedad, debido a la interrelación de factores genéticos y ambientales [13]. Los patrones de apego intenso, la sobreprotección parental y las estrategias de adaptación disfuncionales desempeñan un papel clave en el desarrollo de la ansiedad en el niño.

Una atención temprana, que incluya intervenciones terapéuticas adaptadas tanto a los niños como a sus padres, es esencial para prevenir y tratar la ansiedad y sus consecuencias a largo plazo.

El interés de este trabajo radica en comprender y explorar, a partir de un caso clínico de rechazo escolar, las complejas interacciones entre los trastornos de ansiedad de los padres y sus repercusiones en el desarrollo psicológico y emocional de los niños.

Observación clínica

Lilia, una niña de 7 años, la mayor de dos hermanos, sin antecedentes patológicos particulares, es derivada por su servicio de pediatría para la evaluación de un caso de rechazo escolar.

La entrevista revela un temperamento ansioso, un estilo educativo de los padres a la vez permisivo e hiperprotector, y una sintomatología de ansiedad que combina signos físicos (dolores abdominales, taquicardia), psíquicos (angustia excesiva cuando se produce la separación o cuando se sabe que va a tener lugar (llanto, pánico, súplicas) y conductuales (evitación), que se manifiestan plenamente durante su escolarización en 2.º de primaria con un abandono escolar.

En el ámbito familiar, destaca un padre de 54 años, sobreprotector y permisivo, y una madre hiperprotectora que practica el colecho con sus dos hijos. La evolución se ve marcada por varios acontecimientos agravantes: maltrato físico por parte de un profesor y el terremoto de El Haouz.

La entrevista no revela elementos que apunten a un trastorno del desarrollo neurológico ni a un trastorno de estrés postraumático. Lilia expresa claramente una ansiedad por separación: miedo a que le pase algo a su madre, miedo al terremoto, miedo a quedarse sola o a dormir sola. En el ámbito escolar, los conocimientos básicos se mantienen relativamente intactos y no hay indicios actuales que apunten a un acoso escolar.

Tras descartar una etiología orgánica, el diagnóstico establecido es el de un rechazo escolar de origen ansioso sobre la base de una intensa ansiedad de separación, asociada a un estilo educativo parental incoherente y a factores perpetuantes (maltrato escolar previo y terremoto), sin reviviscencia traumática, con un impacto escolar y familiar significativo y sin comorbilidad.

La intervención consistió en una psicoeducación con información sobre la ansiedad por separación como reacción de angustia intensa y desproporcionada ante la idea o el e de estar separado de las figuras de apego (la madre, en nuestro caso), lo cual puede ser normal y formar parte del desarrollo; solo se habla de trastorno cuando la intensidad, la duración y el impacto en la vida cotidiana se vuelven excesivos. Los padres deben validar la emoción sin caer en la evasión; reforzar el consuelo, gestionar su propia ansiedad; fomentar la autonomía poco a poco;

adoptar un estilo educativo tranquilizador, sin permisividad ni violencia; así como actuar de forma progresiva en lo que respecta al colecho.
Una psicoterapia en la que se cree un espacio seguro donde Lilia pueda, a través de la palabra, el juego y el dibujo, expresar su miedo y nombrar sus emociones («Tengo miedo de que mi madre muera mientras no estoy»); a continuación, una reincorporación escolar progresiva, acompañada de una carta dirigida al colegio en la que se expliquen las adaptaciones necesarias;
Dada la intensidad de la sintomatología, su duración y sus repercusiones, se prescribió inicialmente un tratamiento farmacológico con sertralina a 25 mg/día, que se toleró bien y mejoró el sueño; posteriormente, se aumentó la dosis a 50 mg/día durante cuatro semanas, seguido de un aumento a 100 mg de sertralina durante otras cuatro semanas, sin que se observara ninguna mejoría. Este resultado terapéutico nos llevó a buscar los factores que alimentaban la ansiedad, lo que orientó la exploración hacia la historia parental.
La historia materna se caracteriza por: la muerte de ambos progenitores, seguida de una adopción; maltrato infantil; abusos sexuales reiterados por parte del padre adoptivo; y una violación a los 17 años por parte de una persona mayor de edad. Como consecuencia de estos psicotraumatismos, la madre mantiene la práctica de dormir con las hijas y evita que sus dos niñas se queden solas, incluso con su propio padre, lo que alimenta un sentimiento de inseguridad emocional en Lilia. Se inicia entonces una terapia individual para la madre, de carácter psiquiátrico y psicológico. Esta terapia permite la reincorporación progresiva de Lilia a la escuela y el inicio de un proceso de autonomización.

Discusión

Este caso ilustra los principales mecanismos de la transmisión transgeneracional de los trastornos de ansiedad, que incluyen varios factores entrelazados: la predisposición genética, el modelado (aprendizaje por observación), el estilo parental sobreprotector, el entorno familiar estresante y el apego inseguro.
Los trastornos de ansiedad, incluida la negativa escolar por ansiedad, tienen un componente genético bien establecido. Este factor existe tanto si la ansiedad está presente en la madre como si e e en el padre. Se manifiesta sobre todo durante la infancia, pero también hay pruebas de su presencia en el lactante y el adolescente [Shaum].
El niño puede heredar predisposiciones biológicas a la ansiedad, en particular alteraciones de los sistemas neurobiológicos implicados en la gestión del estrés, como los circuitos de la serotonina, el GABA (ácido gamma-aminobutírico) y la dopamina, que desempeñan un papel clave en la regulación emocional.
El modelado consiste en la transmisión de la ansiedad mediante la observación de las reacciones ansiosas de los padres, ya sean conductuales, verbales o no verbales, o mediante el refuerzo de la inhibición conductual en un temperamento tímido. Este aprendizaje por imitación da lugar a la adquisición de comportamientos de evitación o hipervigilancia: de este modo, los niños aprenden que la ansiedad es una respuesta adecuada ante la incertidumbre o el peligro, lo que refuerza su reactividad ansiosa.
El estilo educativo parental hiperprotector se caracteriza por un nivel excesivo de control y protección hacia el niño, lo que le impide afrontar de forma autónoma situaciones estresantes o que provocan ansiedad. Este tipo de crianza dificulta el desarrollo de estrategias de adaptación saludables en el niño, lo que refuerza a largo plazo sus

comportamientos de evitación y su ansiedad [10].

Varios factores ambientales pueden provocar una activación excesiva del sistema de estrés del niño y aumentar su vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad, a saber: los conflictos familiares; los cambios significativos en la vida (divorcio, mudanza); las expectativas parentales poco realistas; el acoso escolar; los traumas psicológicos (duelo, divorcio, maltrato).

Estos entornos estresantes perturban la regulación emocional del niño y limitan el desarrollo de estrategias de adaptación adecuadas, lo que refuerza los comportamientos de evitación y la ansiedad [6, 12].

Un apego inseguro, especialmente de tipo ansioso o evitativo, debido a respuestas parentales incoherentes o insensibles, también impide que el niño desarrolle un sentimiento de seguridad en sus relaciones, lo que favorece comportamientos ansiosos ante la incertidumbre o la separación [8].

Si bien la sobreprotección materna ocupa un primer plano, la contribución paterna resulta aquí igualmente determinante y complementaria. El padre de Lilia, de 54 años, combina dos características cuya importancia destaca la literatura: un estilo educativo permisivo y una edad paterna avanzada. El estilo permisivo, tal y como lo define Baumrind, se caracteriza por un alto nivel de calidez afectiva asociado a un bajo nivel de exigencia y control: el progenitor cede a las peticiones del niño, evita el conflicto y no impone límites ni un marco estable. Considerado durante mucho tiempo como benigno por ser afectuoso, este estilo se identifica hoy en día como un factor de riesgo en sí mismo de los trastornos internalizados. Kadoglou et al. señalan que el estilo permisivo multiplica por más de dos la probabilidad de trastornos de ansiedad en niños en edad preescolar, y observan una tendencia similar en el caso de la permisividad paterna [7]. El mecanismo es doble: por un lado, la ausencia de un marco priva al niño de los puntos de referencia predecibles necesarios para construir la sensación de seguridad; por otro lado, la permisividad valida implícitamente la evasión, ya que el niño que se niega a afrontar una situación que le provoca ansiedad nunca tiene que enfrentarse a ella. En el caso de Lilia, la negativa a ir al colegio, la negativa a dormir sola y el mantenimiento del colecho nunca se han topado, por tanto, con un límite estructurante: cada evitación, al aliviar inmediatamente la angustia, se ha visto reforzada negativamente y perpetuada.

Cabe destacar la relación particular que existe en esta familia entre la sobreprotección materna y la permisividad paterna. Lejos de compensarse, estos dos estilos se complementan en el sentido de la evasión: la madre, marcada por sus propios traumas psicológicos, impide la separación; el padre, permisivo, tampoco la impone y no ejerce la función de tercero separador que podría haber abierto un espacio de autonomización. La incoherencia educativa resultante, que oscila entre el control ansioso y la ausencia de límites, con la experiencia del maltrato escolar como telón de fondo, se corresponde precisamente con las respuestas parentales incoherentes descritas como generadoras de un apego inseguro.

La edad avanzada del padre (edad del padre ≥ 40 años en el momento del nacimiento) constituye un segundo elemento de interés. Se asocia a un mayor riesgo de trastornos del desarrollo neurológico y psiquiátricos en la descendencia, a través de mutaciones de novo, alteraciones epigenéticas y cambios en la calidad de los gametos relacionados con la edad, lo que puede contribuir a la vulnerabilidad biológica a la ansiedad mencionada anteriormente [11, 14]. Pero la edad paterna avan-

zada introduce sobre todo, más allá de lo biológico, dinámicas psicosociales específicas que influyen en el estilo educativo, los patrones de apego y el desarrollo emocional del niño [11]. Un padre de más edad tiende a adoptar una postura más indulgente y menos restrictiva, a menudo descrita como «abuelista», con una menor disponibilidad física para las actividades de prueba y exploración. En el caso de Lilia, cuyo padre tenía 47 años cuando ella nació, esta configuración pudo haber reforzado la permisividad observada.

Por último, merece la pena plantear la cuestión de la angustia ante la muerte: en las familias con padres de edad avanzada, las preocupaciones existenciales relacionadas con la mortalidad del progenitor pueden afectar a la relación entre padres e hijos y manifestarse en el niño a través de miedos ansiosos centrados en la pérdida [11]. Ahora bien, la sintomatología de Lilia gira precisamente en torno al miedo a que le pase algo a su madre; una angustia por la pérdida de la figura de apego, reactivada por el terremoto de El Haouz. Esta dimensión, a menudo pasada por alto en la evaluación, merece ser explorada de forma sistemática e integrada en la orientación parental.

El caso de Lilia ilustra de manera ejemplar la interrelación de estos mecanismos y, sobre todo, el papel decisivo de la historia materna en el mantenimiento de la ansiedad de la niña. La literatura reciente sobre la transmisión intergeneracional del trauma arroja luz precisamente sobre la trayectoria observada.

En el caso de la madre, la acumulación de experiencias traumáticas durante la infancia (adopción, maltrato, abusos sexuales reiterados por parte del padre adoptivo y, posteriormente, una violación en la adolescencia) constituye un conjunto de adversidades tempranas (Adverse Childhood Experiences) que, según demuestran varios estudios longitudinales, repercuten en la salud mental de la descendencia. Estas adversidades maternas actúan, en particular, a través de representaciones parentales alteradas y de una inseguridad en el apego adulto, identificadas como vías mediadoras de la transmisión [18].

El mecanismo más evidente en este caso es el de una crianza marcada por el trauma. Field y sus colaboradores han demostrado que un estilo parental de inversión de roles media la relación entre el trastorno por estrés postraumático materno y la ansiedad de las hijas [5]. En el caso de Lilia, el mantenimiento del colecho y el hecho de que la madre evite cualquier separación (hasta el punto de no dejar a sus hijas solas con su propio padre) reflejan menos una protección adecuada que una proyección, sobre la niña, de la propia inseguridad materna. La disponibilidad emocional de la madre, descrita como un mediador central en la transmisión del trauma, se ve alterada: la vigilancia ansiosa materna indica constantemente a la niña que el mundo y la separación son peligrosos.

Este funcionamiento se une al mecanismo de modelado y al del apego inseguro descritos anteriormente: Lilia aprende, mediante la observación directa de las conductas de evitación de la madre, que la ansiedad es la respuesta adecuada a la separación, y desarrolla un apego ansioso ante las respuestas excesivamente preocupadas de sus padres. La superposición de acontecimientos traumáticos propios de la niña (maltrato por parte de un e docente, el terremoto de El Haouz) activó un sistema de estrés que ya se encontraba vulnerable, lo que precipitó el rechazo escolar.

Esta interpretación explica retrospectivamente el fracaso del tratamiento inicial centrado únicamente en la niña: mientras la fuente materna de la inse-

guridad (el trauma no tratado y las conductas sobreprotectoras derivadas de él) permaneciera activa, la sintomatología de Lilia no podía remitir. Fue precisamente el inicio de una terapia materna individual, centrada en este factor de cuidado, lo que permitió poner en marcha la mejoría y la recuperación de la autonomía, de acuerdo con los datos que identifican a la díada madre-niño como objetivo terapéutico privilegiado en la transmisión del trauma [18].

Conclusión

La transmisión de los trastornos de ansiedad es el resultado de factores personales, genéticos y ambientales. Tal y como ilustra el caso de Lilia, el fracaso de un tratamiento centrado únicamente en el niño debe llevar a investigar los factores parentales que alimentan la ansiedad. Un enfoque terapéutico integrado, que tenga en cuenta el conjunto de estos elementos e incluya, si es necesario, el tratamiento de los psicotraumatismos de los padres, es esencial para garantizar una remisión duradera y la adquisición de estrategias de adaptación a largo plazo.

Sin conflictos de intereses
Sin fuentes de financiación

Références

1. Florence Calicis, *Thérapie Familiale. 2006 ;27(3) :229*. (La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite). https://shs.cairn.info/revue-therapie-familiale-2006-3-page-229

2. Hélène Denis, *Enfances & Psy*. 2005 ;3(28) :98. (Le refus scolaire anxieux). https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2005-3-page-98

3. Dunod, coll. *Les Ateliers du praticien* (Anxiété de séparation et refus scolaire anxieux (chapitre 13). In : Traiter les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent — Du diagnostic à la prise en charge. ; p. 202-215). https://shs.cairn.info/traiter-les-troubles-anxieux-chez-l-enfant-et-l-ad--9782100769612-page-202

4. L'équipe de l'Institut du Cerveau de l'Enfant *CléPsy (Hôpital Robert-Debré)*. (Refus scolaire anxieux : le comprendre et le gérer. Fiche clinique à destination des familles). https://www.clepsy.fr/refus-scolaire-anxieux-le-comprendre-et-le-gerer/

5. Field NP, Muong S, Sochanvimean V, *American Journal of Orthopsychiatry.* (Parenting and intergenerational effects of the Khmer Rouge regime: maternal PTSD and daughters' anxiety). https://doi.org/10.1111/ajop.12057

6. Jennifer L. Hudson, Helen F. Dodd & Nataly Bovopoulos, *Journal of Abnormal Child Psychology* (Temperament, Family Environment and Anxiety in Preschool Children). https://doi.org/10.1007/s10802-011-9502-x

7. Maria Kadoglou, Eftychia Tziaka, Maria Samakouri, Aspasia Serdari *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2024.Kadoglou M, et al. (Preschoolers and anxiety: The effect of parental characteristics). https://doi.org/10.1111/jcap.12445

8. Sheri Madigan, Leslie Atkinson, Kristin Laurin, Diane Benoit, *Developmental Psychology*. (Attachment and Internalizing Behavior in Early Childhood: A Meta-Analysis). https://doi.org/10.1037/a0028793

9. Anna Maria Nicolò et Eleonora Strinati, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2007 ; n° 38, pages 61 à 79. (*Transmission du traumatisme et défense transpersonnelle dans la famille). https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2007-1-page-61.htm Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2007/1 Éditions De Boeck Supérieur

10. BR Sahithya, Vijaya Raman, *Indian Journal of Psychological Medicine*. (Parenting Style, Parental Personality, and Child Temperament in Children with Anxiety Disorders — A Clinical Study from India). https://doi.org/10.1177/0253717620973376

11. Tiago Aguiar Soares Shared Death Anxiety *Pubmed*: (Obsessive-Compulsive Disorder and Advanced Paternal Age). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11830424/

12. Jordan T. Stiede and Eric A. *Storch Psychiatric Clinics of North America*. (Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders). https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.04.018

13. Shaun Sweeney, Charlotte Wilson, *Journal of Affective Disorders/ ScienceDirect. Parental* (anxiety and offspring development: A systematic review). https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.128

14. Jacob L.Taylor, (Paternal âge related de Novo mutations and risk for five disorders https://www.biorxiv.org/content/10.1101/192740v2.full.pdf

15. Tazouti Y, Portenseigne C, Luxembourger C *Enfance. 2018;2018/4(4):533-548.* (Relations entre anxiété parentale et anxiété de l'enfant face à la scolarisation). https://doi.org/10.3917/enf2.184.0533

16. Jean Xavier, *La Revue du Praticien* (Refus scolaire). https://www.larevuedupraticien.fr/article/refus-scolaire

17. Zebdi R, Lignier B *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. (Anxiété de séparation et refus scolaire anxieux chez l'enfant : étude de cas). 2017;27(4):165-176. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2017.06.001

18. Jenney Zhu, Nicole Racine, Suzanne Tough, and Sheri Madigan; *Pubmed* (Pathways of Intergenerational Risk: Examining the Association Between Maternal Adverse Childhood Experiences and Child Socio-Emotional and Behavioral Concerns). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11894878/