

**Francisco de Sande Díaz**  
USM Niños y Adolescentes Lanzarote.  
**Cristina León Quintana**  
Servicio de Pediatría Consulta de TGD.  
Hospital José Molina Orosa.

## Alucinaciones olfativas como clínica de fobia escolar

### *School Phobia manifested as olfative hallucinations*

**Correspondencia:**  
paquitozarza@yahoo.es

---

#### RESUMEN

Los trastornos de ansiedad son un grupo heterogéneo de trastornos que pueden manifestar una gran variabilidad en sus formas clínicas de presentación. Presentamos el caso de un adolescente, varón con la presencia de un cuadro de fobia escolar cuyas manifestaciones más llamativas eran alucinaciones olfativas y cenestésicas.

#### **Abstract**

Anxiety disorders are a heterogeneous group of disorders with a wide variety in their clinic presentation. We describe the case of an adolescent suffering school phobia with olfative and cenesthetic hallucinations.

#### CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 15 años de edad. En el momento de la primera consulta en nuestro servicio se encuentra repitiendo 1ª de la ESO en un Instituto de su localidad.

Es derivado por su Médico de Atención Primaria por “alucinaciones”.

Es el único hijo de una familia estructurada compuesta por madre, padre y él mismo.

No se destacan antecedentes personales de patología o de atención psiquiátrica o psicológica. Tampoco son referidos antecedentes familiares de las mismas. No existen antecedentes perinatales o postnatales a destacar. El desarrollo psicomotor se alcanzó sin problemas.

No había presentado síntomas de ansiedad de separación, fobias o algún otro síntoma de ansiedad hasta su ingreso en el Instituto. Así mismo no se describen episodios de trastornos afectivos o ningún otro tipo de psicopatología previa.

Al llegar a la consulta relata su historia desde el inicio de la Educación Secundaria Obligatoria. Durante el primer año de Instituto, los días lectivos, desde que comienza en casa con los preparativos para las clases diarias, comienza

a percibir un olor a orina. Siente que este olor proviene de sí mismo. En múltiples ocasiones se toca los pantalones para comprobar si realmente están secos o no, pues además tiene la sensación corporal de estar mojado. Estas sensaciones se mantienen a lo largo del día mientras se encuentra en el centro educativo. Solicita en múltiples ocasiones salir del aula para acudir al baño. Acude al baño pero no orina y comprueba que se encuentra seco. En el aula nadie nota el olor a orina que él percibe.

Por el contrario, durante los fines de semana o periodos vacaciones no refiere tener ningún tipo de sensación ni olfativa ni cenestésica. Cuando vuelve del centro escolar a su casa, estas sensaciones también desaparecen.

Las sensaciones le producen gran ansiedad y le llevan a dejar de acudir al Instituto progresivamente, hasta que abandona ese curso y se ve obligado a repetirlo. Durante ese verano no tiene ningún tipo de sintomatología. Deciden cambiar de Instituto, pero al poco tiempo de empezar en el nuevo centro, las sensaciones aparecen de nuevo, en la misma forma y en los mismos periodos, volviendo a desaparecer durante los fines de semana o al regresar a casa. Al igual que en el anterior, no son descritos factores estresantes en este nuevo centro.

En este contexto es derivado a la Unidad de Salud Mental de Niños y Adolescentes. En la primera entrevista acude acompañado por la madre. Se muestra colaborador. Relata su situación y sintomatología sin carga de angustia. Refiere haber iniciado tratamiento con psicólogo particular. No se detecta sintomatología afectiva del polo depresivo o maníaco. No existen alteraciones de las funciones fisiológicas, sueño o apetito. Tampoco presenta ideación delirante de ningún tipo ni otras alteraciones de curso

o contenido del pensamiento. Al referirse a la sintomatología de olor a orina y sensaciones de deseo de orinar y de haberse orinado encima, hace crítica de las mismas, las reconoce como verdaderas pero sólo en el contexto del centro educativo o antes de acudir al mismo. No encontramos sintomatología de la esfera obsesiva. No había presentado crisis de ansiedad. Sí presentaba ansiedad flotante de tipo anticipatorio los días lectivos.

No había manifestado en ningún momento sintomatología relacionada con trastornos de conducta.

Se realiza el diagnóstico de fobia social, limitada el entorno escolar<sup>1</sup>.

Se realizó intervención psicoeducativa, explicando al paciente y a la familia la naturaleza de la sintomatología, tratando de aliviar la angustia producida por el hecho de creer que se encontraban ante una patología de mayor gravedad (psicosis,...).

Se inició tratamiento psicofarmacológico con sertralina a dosis progresivamente crecientes hasta 100 mg/día. Se inició tratamiento psicoterapéutico, en este caso de exposición y prevención de respuesta aunque no de forma estructurada. A través de la enfermera de la unidad se realizaron contactos de seguimiento con el equipo de orientación escolar, recomendando y programando la incorporación progresiva del alumno. Esta incorporación se inició en los recreos y posteriormente aumentando el número de horas desde la primera hora de clase.

El paciente siguió manifestando la clínica en un primer momento, para posteriormente, reducirse progresivamente las sensaciones. Refería que “las dos primeras horas seguía notando el olor, luego se me pasaba”.

Abandonó el tratamiento psicológico particu-

lar por cuestiones económicas y este fue continuado en la unidad. Posteriormente se produjo una recaída del cuadro coincidiendo con el abandono del tratamiento farmacológico pautaado. Se restauró el tratamiento y hubo recuperación.

Actualmente el paciente acude a todas las horas de su jornada lectiva. Antes o durante la misma no sufre ningún tipo de sintomatología. El tratamiento farmacológico volvió a ser abandonado, en esta ocasión, sin recaída.

## DISCUSIÓN

Desde el punto de vista de la psicopatología son frecuentes las descripciones de sintomatología somática en el contexto de trastornos de ansiedad. Así por ejemplo, durante los episodios de ataques de pánico se describen dolores precordiales, aumento de la sudoración, náuseas, vómitos<sup>1</sup>... En este contexto han sido descritas el aumento de la frecuencia y urgencia urinaria tanto en adultos como en menores<sup>2</sup>.

Sin embargo, los episodios alucinatorios son raros en estos cuadros. Debemos recordar las alucinaciones catatímicas, aquéllas que son comprensibles desde el estado emocional que la persona pueda estar viviendo en un determinado momento<sup>3</sup>. Realizar el diagnóstico diferencial entre alucinación (percepción sin estímulo externo vivenciada como verdadera), pseudoalucinación (percepción en el espacio interno con juicio de realidad positivo) e ilusión (error en el reconocimiento de un estímulo real)<sup>4</sup> no es siempre fácil. En el caso, el paciente huele a orina sin existir ésta. Esto nos descartaría la posibilidad de una ilusión. El error se produce en el espacio interno del individuo y la vivencia del mismo como verdadera le provoca gran carga de angustia.

La dificultad del caso, a nuestro juicio, consistía en el diagnóstico diferencial entre una fobia, con esta sintomatología poco propia de la misma, o un cuadro de características psicóticas. La presencia de la sintomatología sólo en aquellos momentos que coincidían con estancias en el centro escolar, la ausencia de las alteraciones del contenido o curso del pensamiento, el mantenimiento de la integridad de la personalidad, sin alteraciones conductuales, desorganización de la conducta o del pensamiento, descartan que se trate de un cuadro de características psicóticas.

Por otro lado, la ansiedad anticipatoria ante la situación particular del centro escolar, coincidiendo tanto en tiempo como en espacio. La duración del cuadro, más de un año y medio cuando comienza a ser tratado, sin otras alteraciones propias de los cuadros psicóticos, y una personalidad de características ansiosas, nos aportan datos suficientes para realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad.

En cuanto al tratamiento debemos señalar la efectividad del tratamiento combinado con intervenciones psicoterapéutica de tipo cognitivo conductual y psicofarmacológica. En este último aspecto debemos considerar que la sertralina no es un fármaco con indicación en cuadros de ansiedad en niños y adolescentes exceptuando el trastorno obsesivo compulsivo. No existe actualmente ningún tratamiento psicofarmacológico con aprobación en España para este tipo de cuadros en esta edad.

La fobia escolar consiste en el rechazo a acudir al colegio por un miedo irracional, que tiene relación con el sistema educativo<sup>5</sup>. Debe diferenciarse de la negativa a acudir al centro voluntariamente, sin motivo, es decir "hacer novillos". Estos últimos se han asociado con

trastornos de tipo conductual<sup>6</sup>. La sintomatología somática, por ejemplo, dolores abdominales o cefaleas, son típicos del trastorno, en el cual también encontramos otros síntomas de ansiedad tanto antes de la entrada al centro, en el trayecto al mismo o en el propio centro<sup>7,8</sup>. Algunos chicos pueden manifestarla en los días previos al reinicio de las clases después de periodos vacacionales. En la primera adolescencia es frecuente la aparición del cuadro en el momento del cambio al instituto.

También se ha asociado la fobia social con pródromos de primeros episodios psicóticos, como sintomatología inherente a las manifestaciones paranoides de la psicosis o como una comorbilidad en pacientes con psicosis<sup>9</sup>.

## CONCLUSIÓN

La fobia escolar puede afectar a niños y adolescentes. Las manifestaciones psicopatológicas pueden ser muy variadas. La atención temprana del cuadro, teniendo en cuenta la buena respuesta a los tratamientos, puede evitar el abandono escolar con las negativas consecuencias desde el punto de vista social, académico y familiar que conlleva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson. 2002.
2. Henk M. Van der Ploeg. Treatment of frequency of urination by stories competing with anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Volume 6, Issue 2, Pages 165-166, 1975.
3. Introducción a la psicopatología. Eguiluz I., Segarra R. Barcelona: Ars Médica, 2005.
4. Psicopatología Descriptiva. Nuevas Tendencias. Ed. Luque R., Villagrán J.M. Madrid: Trotta 2000
5. Boyce, M. W. "School Phobia: A Review of Some Issues". *Australian Journal of Teacher Education*: Vol. 3: Iss. 1, Article 3. 1978.
6. Stroobant, Emma. Dancing to the music of your heart: home schooling the school-resistant child. A constructivist account of school refusal. Thesis (PhD - Education). University of Auckland, 2006.
7. Csóti M. School phobia, panic attacks and anxiety in children. London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.
8. Fujita M, Fujiwara J, Maki T, Shibasaki K, Shigeta M, Nii J. Pediatric chronic daily headache associated with school phobia. *Pediatrics International* 2009; 51: 621-625.
9. Michail M, Birchwood M. Br J Psychiatry. Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 234-41.