

Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica

G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio
Pediatria General. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia



Resumen

Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes a estas edades, muy por encima de los trastornos de la conducta y de la depresión. Además, engloban un grupo de trastornos en los que el síntoma principal es la ansiedad y la conducta fóbica. Estos trastornos pueden agravarse en la infancia y adolescencia y persistir hasta edades posteriores, existiendo con frecuencia comorbilidad con otros trastornos mentales.

Identificar y delimitar los trastornos de ansiedad en la infancia puede ser una tarea difícil en la consulta del pediatra, ya que, generalmente, se van a manifestar como quejas somáticas. A ello se le añade la dificultad que presentan los niños para expresar verbalmente su malestar y sus sentimientos. Por todo ello, es fundamental que los pediatras tengan presente la ansiedad como motivo subyacente de las quejas físicas en Atención Primaria.

La psicoterapia suele ser el tratamiento de elección en estos trastornos, requiriendo apoyo farmacológico, fundamentalmente, cuando el grado de ansiedad es moderado o severo, el impacto de la clínica en la vida social o escolar es alto, existe comorbilidad asociada o la respuesta a la psicoterapia es limitada.

El diagnóstico temprano y la intervención efectiva en el tratamiento van a reducir de manera clara el impacto que dichos trastornos tienen en la esfera académica, familiar y social, así como la reducción de psicopatología en la etapa adulta.

Abstract

Anxiety disorders in childhood and adolescence is one of the most common psychiatric diagnoses in these ages, well above the behavioural disorders and depression. Also anxiety disorders encompass a group of disorders in which the main symptom is anxiety and phobic behavior. These disorders may be aggravated in childhood and adolescence and persist into later ages; there is often comorbid with other mental disorders. To identify and delineate anxiety disorders in childhood can be a difficult task in consulting pediatrician since they are generally going to say as somatic complaints. To this is added the difficulty presenting children to verbally express their discomfort and their feelings, so it is essential that pediatricians have this underlying anxiety as a cause of physical complaints in Primary Health Care.

Psychotherapy is often the treatment of choice in these disorders, requiring drug support mainly when the degree of anxiety is moderate or severe, the impact of the clinic in social life or school is high, there comorbidity associated or response to psychotherapy is limited.

Early diagnosis and effective intervention in the treatment will clearly reduce the impact that these disorders have in the academic sphere, family and social life. Just as the reduction of psychopathology in the adult stage.

Palabras clave: Ansiedad; Fobia; Infancia; Adolescencia; Tratamiento.

Key words: Anxiety; Phobia; Childhood; Adolescence; Treatment.

Introducción

La ansiedad forma parte de numerosos cuadros clínicos en la infancia y adolescencia. La ansiedad patológica es la reacción ante un estímulo percibido como amenazante, con sensación de malestar intenso, síntomas neurovegetativos, cognitivos, somáticos y a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.

Los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías diagnósticas más prevalentes de la psiquiatría del niño y del adolescente. Por otra parte, la ansiedad como síntoma forma parte de un gran número de cuadros clínicos en la infancia, lo que dificulta la realización de un estudio sistemático de la misma⁽¹⁾.

La angustia y la ansiedad aparecen en el niño ante situaciones que impliquen riesgo, peligro o compromiso, teniendo una función defensiva: por lo que, es un fenómeno normal que ayuda a alertar al individuo frente a posibles peligros. Por ello, debe distinguirse la angustia normal de la patológica, teniendo en cuenta la edad del niño y su nivel madurativo, ya que muchas reacciones que en el adulto implicarían un determinado diagnóstico, en el niño son expresiones de su etapa evolutiva⁽¹⁾.

La palabra ansiedad proviene del latín *angere*, que significa estrechar, y se refiere a una malestar físico intenso que se manifiesta principalmente por una respiración anhelante⁽²⁾.

La ansiedad patológica consiste en una reacción ante un estímulo percibido como amenazante, que consiste en la aparición de una sensación de malestar intenso, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión, miedo a volverse loco, a morir o a realizar un acto incontrolable. Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas neurovegetativos (inquietud psicomotriz, desasosiego, taquicardia, taquipnea, piloerección...), cognitivos, somáticos y, a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social⁽¹⁻⁶⁾.

Epidemiología

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica oscila entre

un 3 y un 13%, siendo frecuente la co-ocurrencia de varios trastornos ansiosos en el mismo paciente y/o la comorbilidad con otros procesos psiquiátricos.

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad varían considerablemente de unos trabajos a otros en función del diseño del estudio epidemiológico, de los criterios diagnósticos empleados y de la fuente de información empleada en el estudio⁽³⁾.

Los trastornos de ansiedad representan la prevalencia mayor de todos los trastornos de la infancia y adolescencia, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de dichos trastornos oscila entre un 3 y un 13%^(1,3,7).

Al menos, un tercio de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más trastornos de ansiedad. Encontramos también comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, fundamentalmente con depresión, con rangos que varían entre el 28 y el 69%⁽⁷⁾.

Si a esta prevalencia elevada le añadimos las consecuencias nocivas que conlleva la ansiedad para la vida del sujeto, conocer los factores que facilitan su aparición o están relacionados con su etiología es de gran utilidad, no solo para detectar a los sujetos de riesgo, sino para desarrollar estrategias de intervención y prevención eficaces.

Etiopatogenia

La etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial, estando implicados en su desarrollo factores de riesgo genéticos, ambientales, temperamentales, familiares y sociales.

El estudio de la etiopatogenia y fisiopatología de los trastornos de ansiedad confirma la observación clínica de que estas alteraciones no constituyen un fenómeno unitario, sino que están implicados múltiples factores y mecanismos que actúan como factores predisponentes o de riesgo, factores desencadenantes y/o mantenedores en personalidades predispuestas por su vulnerabilidad.

En la actualidad, se desconocen los caminos por los que los factores de

riesgo confluyen y producen o no los trastornos de ansiedad; además, los estudios deberían incluir la perspectiva del desarrollo porque no todos los factores de riesgo tienen un mismo efecto patógeno según el momento del desarrollo en que tienen lugar.

Los factores etiopatogénicos que podemos encontrar son^(1-3,8):

- Factores constitucionales o genéticos. Determinados trastornos de ansiedad presentan una agrupación familiar, aunque no se ha podido establecer si la transmisión es genética o ambiental. La presencia de psicopatología en los padres pone al niño ante múltiples condiciones de riesgo ambiental, además del posible riesgo genético de la misma.
- Rasgos temperamentales del niño. Los niños con inhibición comportamental, tímidos y con tendencia al retraimiento en la primera infancia presentan más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad en etapas posteriores del desarrollo.
- Estilos de crianza parental. La sobreprotección excesiva, así como los estilos educativos excesivamente punitivos y la transmisión de miedos específicos por parte de los padres pueden contribuir a la génesis de dichos trastornos.
- Los acontecimientos vitales estresantes o *life events* (conflictividad familiar, escolar o social, situaciones traumáticas, pérdidas o duelo de un ser querido, cambio de colegio o domicilio) pueden actuar como factores desencadenantes o mantenedores.
- Situación social desfavorable (nivel socioeconómico bajo, adversidad económica, condiciones de vida desfavorables) pueden generar una sensación de inseguridad crónica que colabore en la génesis de un trastorno de ansiedad.

Clasificaciones de los trastornos de ansiedad

Existen diferencias en las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales actuales sobre los diagnósticos de los trastornos de ansiedad.

La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS) clasifica los trastornos de ansiedad de inicio en la

infancia y adolescencia (ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad entre hermanos) y los propios de los adultos, en distintos apartados⁽⁶⁾.

La clasificación DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Classification of Diseases; APA*) tan solo considera como específico de la etapa infantil el trastorno por ansiedad de separación. El resto de trastornos de ansiedad se delimitan según un diagnóstico sindrómico común para adultos y niños. Los trastornos de ansiedad incluyen: el trastorno de pánico, fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), las reacciones a estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático (TEP) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), excluyendo los síndromes de ansiedad secundaria a patología médica o al uso de sustancias⁽⁵⁾.

Clínica

Los cuadros clínicos englobados dentro de los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica son: trastorno de ansiedad de separación, trastorno de rivalidad entre hermanos, trastorno por hipersensibilidad social en la infancia, fobia específica, fobia escolar, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático.

Trastorno de ansiedad de separación

Consiste en la ansiedad excesiva que experimenta el niño al separarse de los padres o de aquellas personas con quien está especialmente unido. Se diagnostica cuando la ansiedad es muy intensa o desproporcionada para la edad del niño, cuando interfiere en su vida normal, permanece al menos dos semanas, se inicia antes de los 18 años y se ha descartado trastorno del desarrollo o trastorno psicótico. La edad de comienzo habitual es antes de los 6 años, siendo raro su inicio en la adolescencia. La prevalencia estimada en niños y adolescentes que acuden a una consulta psiquiátrica es de 1-5% y supone un 45% de todos los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Dicha prevalencia es similar en ambos sexos, afecta más a niños con nivel socioeconómico más desfavorecido y en culturas cuyos lazos familiares son más estrechos^(1-3,5-7).

El riesgo de presentar este trastorno aumenta en presencia de estresores, como: cambios de escuela, fallecimiento de algún familiar, desastres naturales, patología psiquiátrica en personas de apego y en niños con retraso mental o problemas de aprendizaje⁽⁷⁾.

La ansiedad que presentan los niños al separarse de su cuidador habitual es normal a partir de los 4-5 meses de edad, y va disminuyendo a partir de los 3 hasta los 5 años en que entienden que la separación no es para siempre. La edad típica de aparición es la prepuberal. La mayoría de los casos tienen menos de 13 años, siendo la edad promedio de inicio a los 9 años^(1,3,7).

Los signos y síntomas de alarma que pueden aparecer en este trastorno son^(1-3,5-7):

- Preocupación injustificada al separarse de los padres, salir de casa, visitar amigos y/o resistencia a acudir al colegio.
- Miedo injustificado y patológico a que los padres sean víctimas de accidentes, enfermedades o catástrofes, con temor a perderlos y no volver a verlos con presencia de pesadillas con este contenido.
- Conductas de aferramiento siguiendo a la figura de apego por la casa.
- Rechazo a quedarse solo en casa durante el día o a dormir solo.
- Problemas al acostarse con requerimiento de la presencia de la persona de apego.
- Síntomas somáticos acompañantes (náuseas, abdominalgias, cefaleas, palpitaciones, vértigos, lipotimias o vómitos) en situaciones que implican una separación de la figura de apego.
- Malestar excesivo y recurrente en forma de ansiedad, llanto, tristeza, apatía, rabietas o retraimiento en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación, con posibilidad de presentar amenazas autolesivas, súplicas o chantaje emocional.
- Presencia de ansiedad cuando el niño tiene que quedarse solo en la consulta.

Suele asociarse a otros trastornos de ansiedad o derivar a otros trastornos psiquiátricos en la evolución. Se consideran factores de mal pronóstico

el inicio más tardío, la psicopatología familiar, el absentismo escolar de más de un año y la asociación a otros trastornos psiquiátricos o comorbilidad.

Trastorno de rivalidad entre hermanos

La mayoría de los niños pequeños pueden presentar alteraciones en los meses posteriores al nacimiento de un hermano. Este trastorno se diagnostica cuando existe un grado importante de perturbación emocional con sentimientos negativos anormalmente intensos, expresados en forma de rabietas, agresiones físicas, hostilidad o infamias hacia el hermano. Puede acompañarse de regresiones con pérdida de capacidades previamente adquiridas (control anal o vesical), comportamiento pueril, imitación del bebé, confrontación con los padres, tristeza, aislamiento social, trastornos del sueño o llamadas de atención hacia los padres^(3,5,6).

Trastorno por hipersensibilidad social en la infancia

El síntoma predominante es la presencia de un temor persistente o recurrente con tendencia del niño a evitar el contacto con personas desconocidas, repercutiendo de manera significativa en las relaciones con compañeros y en la vida social del niño; debiendo estar presente antes de los seis años y al menos durante seis meses. Suele acompañarse de una necesidad de tener relaciones personales con familiares y amigos, siendo éstas entrañables y satisfactorias para el niño^(1,3).

El niño suele mostrarse tímido, aturdido y angustiado con desconocidos, mostrando poca seguridad y confianza en sí mismo.

Suele presentarse a partir de los dos años y medio, cuando la ansiedad ante extraños propia de los niños pequeños suele desaparecer, siendo más habitual al inicio de la escolarización, etapa en la que el niño debe ampliar obligatoriamente sus contactos sociales^(1,3).

Fobia específica

Se presenta como un miedo excesivo y persistente o recurrente a un estímulo circunscrito (objeto, entorno o situación) distinto de la angustia de separación y del miedo a desconocidos⁽⁷⁾. Presenta una marcada especificidad para

la etapa evolutiva del niño o adolescente, pero en un grado anormalmente intenso y asociado a un deterioro significativo de las actividades del niño con duración mayor a cuatro semanas. La posibilidad de entrar en contacto con el estímulo fóbico se acompaña de intensa ansiedad anticipatoria, por lo que el niño tiende a evitarlo. A diferencia de los adultos, los niños no suelen reconocer que sus temores son excesivos o irracionales y rara vez expresan malestar por la fobia^(1,3,5-7).

Las fobias más características en la infancia, aparte de la fobia escolar, son: a la oscuridad (50% del total), a animales (25% del total), a accidentes, enfermedades, exámenes, fracaso escolar, películas determinadas, monstruos, tormentas, alturas, agujas o espacios cerrados (claustrofobia)^(1,3,7).

Entre los factores que predisponen su aparición cabe citar acontecimientos traumáticos (ser atacado por un animal, quedar atrapado en un lugar, atragantamiento con alimentos), observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor (presenciar un accidente, personas que temen a animales) y la transmisión de información (repetidas advertencias paternas sobre determinados peligros, reportajes periodísticos sobre catástrofes).

Los valores de prevalencia en la infancia y adolescencia se estiman alrededor del 2%, siendo más frecuente en niñas. Las niñas temen más a los animales y a separarse de los padres y los niños, al contacto físico y a la evaluación del rendimiento escolar⁽⁷⁾.

Fobia escolar

Consiste en la aparición de un miedo o temor irracional a acudir a la escuela que se traduce en un absentismo a clase total o parcial. Los padres parecen razonablemente preocupados por asegurar la asistencia escolar (a diferencia de situaciones de negligencia). Aparece un grave trastorno emocional, que incluye excesivo temor, explosiones de mal humor, o quejas de estar enfermo en relación con la perspectiva de acudir al colegio. El niño permanece en casa con conocimiento de los padres cuando debería estar en el colegio (siendo los padres conocedores de este hecho a diferencia de conductas de "hacer novillos") y hay ausencia de conducta

disocial (como robos, mentiras o destructividad) propia del absentismo por dicho trastorno^(1-4,7).

Generalmente, su instauración es progresiva, agravándose el problema a lo largo de semanas o meses; salvo en niños más pequeños, en los que la aparición del cuadro puede ser más aguda.

La sintomatología suele tener predominio matutino, cuando se despierta para ir al colegio, siendo frecuente que los síntomas desaparezcan el fin de semana. Generalmente, los niños no suelen manifestar un miedo a acudir al centro escolar, sino que debutan con síntomas físicos (dolor abdominal, cefalea, náuseas, dolor en piernas, palpitaciones, etc.). En ocasiones, el inicio de los síntomas se produce tras el padecimiento de una enfermedad que ha requerido un periodo de ausencia al colegio o tras un cambio de centro escolar. En ocasiones, puede haber factores estresantes en el colegio que motiven el rechazo (acoso escolar, profesores rígidos).

El trastorno afecta principalmente a niños entre los 11-14 años de edad, aunque puede observarse a partir de los 5 años, presentando picos de inflexión en los momentos de transición escolar primaria-secundaria, afectando a ambos sexos por igual. Se estima una prevalencia aproximada entre el 0,5% y el 15%, según los estudios revisados, aunque pueden existir formas leves que no se traducen en un absentismo escolar manifiesto^(3,7).

Fobia social

Este trastorno se define como la ansiedad persistente y excesiva ante situaciones sociales en que el niño o adolescente se expone a la crítica ante desconocidos, provocando retraimiento y/o miedo ante estas situaciones y el consiguiente aislamiento social durante más de seis meses^(3,7). Incluye el temor a hablar, comer o escribir en público o ir a fiestas. Es frecuente que se asocie a bajo autoconcepto y miedo a las críticas. Suele comenzar en la adolescencia, entre los 14 y 17 años. En niños pequeños puede manifestarse en forma de llanto, tartamudez, aferramiento a familiares cercanos, abstención de mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. En niños mayores puede mostrarse como temor a rubo-

rizarse, tener temblor de manos, náuseas, necesidad de micción imperiosa, rehusar participar en juegos de equipo, mantenerse en segunda posición en las actividades sociales, disminución en la participación en clase o evitar citas adecuadas a su edad^(1,3,9).

La prevalencia de este trastorno se sitúa entre el 3-13% durante toda la vida y entre el 1 y 8,2% en niños y adolescentes^(1,7,10). La población femenina presenta niveles de ansiedad social más elevados que la población masculina, con una proporción 3:2, respectivamente⁽¹⁰⁾. Se inicia de forma gradual, siendo frecuente la presencia de un antecedente de historia previa de timidez o inhibición social, o bien, puede aparecer bruscamente tras una experiencia estresante o humillante.

El pronóstico es reservado y puede durar toda la vida si no se trata adecuadamente. Además, suele tener consecuencias a corto, medio y largo plazo, como puede ser el abandono de estudios, inhibición en el funcionamiento social, consumo de tóxicos, etc. Por otra parte, los trastornos comórbidos más frecuentemente relacionados son la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y el abuso del consumo de sustancias tóxicas⁽¹⁰⁾.

Trastorno de pánico

Se caracteriza por la presencia de crisis recurrentes y espontáneas de ansiedad grave no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias, por lo que son imprevisibles. Aparecen sin desencadenante aparente, por lo que pueden ocurrir también en periodos de descanso o en vacaciones. Tienen un inicio brusco y suelen durar unos diez minutos (aunque en ocasiones persisten durante una hora), acompañándose de al menos cuatro síntomas somáticos o cognitivos (palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo, vértigo, sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización), temor a morir o a perder el control). Es frecuente que debido a la repetición de las crisis en el tiempo desarrollen conductas de evitación o el desarrollo de una ansiedad anticipatoria^(1,3,6,7).

Suele aparecer en la adolescencia, con una prevalencia en torno al 16% en jóvenes entre 12 y 17 años de edad,

existiendo predominio de los casos en mujeres.

Trastorno de ansiedad generalizada

La sintomatología consiste en una ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes, ante la vida en general, la mayor parte de los días, que se prolonga durante un período de al menos seis meses y que interfiere en su funcionamiento familiar, social y escolar. Son frecuentes las quejas psicósomáticas (cefaleas, abdominalgias, náuseas, vértigo, disnea, obstrucción de garganta y trastornos del sueño) así como los síntomas de expresión de la hiperactivación simpática (taquicardia, taquipnea, sudoración, sequedad de boca, etc.). Las preocupaciones son múltiples y variables sobre rendimiento académico, competencia escolar o deportiva, relaciones con amigos, relaciones familiares, puntualidad, fenómenos catastróficos, eventos futuros o situaciones novedosas^(1,3,5-7).

Estos niños pueden mostrarse perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción y perseguir la aprobación constante de los demás. Los padres suelen referir que sus hijos son catastrofistas y que se preocupan por todo⁽⁷⁾.

La prevalencia estimada es del 2,7 al 4,6%⁽⁷⁾. Aunque en la infancia no existen diferencias de prevalencia en cuanto al sexo, parece ser que en la adolescencia aparece con más frecuencia en chicas. También aparece en mayor proporción en familias con elevado nivel de exigencia y con nivel socioeconómico elevado. El curso tiende a ser crónico y fluctuante, empeorando ante situaciones de estrés⁽⁷⁾.

El TAG raramente se presenta solo. Presenta una comorbilidad alta con otros trastornos de ansiedad y con depresión. También puede presentarse con otros trastornos de carácter externalizante, como el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, el trastorno de conducta o el trastorno negativista desafiante⁽⁷⁾.

Trastorno obsesivo-compulsivo

La característica esencial es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes que se suelen acompañar de cierto grado de ansiedad, existiendo una íntima relación

con los trastornos del estado de ánimo. Suele comenzar en la infancia y adolescencia, teniendo un curso variable con tendencia a la cronicidad⁽³⁾.

En muestras de población general adolescente las estimaciones de prevalencia van del 1 al 3,6%. Aunque si utilizamos la definición de “TOC subclínico” (obsesiones y compulsiones leves y transitorias que no revisten la gravedad suficiente para cumplir con los criterios establecidos para el diagnóstico) las estimaciones de prevalencia oscilan entre el 4 y el 19%⁽⁷⁾.

Trastorno por estrés postraumático

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza amenazante o catastrófica. Aparecen episodios reiterados de volver a vivir el trauma, pesadillas o sueños recurrentes, anhedonia, evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma, estallidos de miedo, ansiedad, hipervigilancia o depresión⁽³⁾.

Se estima que la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la población general es, aproximadamente, del 1 al 4%⁽⁷⁾.

Es importante señalar que el diagnóstico precoz de TEP puede evitar una afectación severa en el funcionamiento cognitivo y en el desarrollo evolutivo del niño; de ahí, la importancia de una identificación precoz y un tratamiento adecuado⁽⁷⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es, fundamentalmente, clínico.

Identificar y delimitar los trastornos de ansiedad en la infancia puede ser una tarea difícil en la consulta del pediatra; ya que, generalmente, dichos trastornos se van a manifestar principalmente como quejas somáticas de índole neurológica, gastrointestinal y cardiovascular. A ello se le añade la dificultad que presentan los niños para expresar verbalmente su malestar y sus sentimientos, por lo que es fundamental que los pediatras tengan presente la ansiedad como motivo subyacente de las quejas físicas en Atención Primaria. Al mismo tiempo, es preciso descartar enfermedad

orgánica, efectos adversos a medicaciones o el abuso de sustancias tóxicas, ya que pueden cursar con sintomatología ansiosa^(3,4,7). Puede ser útil la realización de las siguientes pruebas complementarias para descartar patología orgánica según la sintomatología observada: hemograma, bioquímica, determinación de hormonas tiroideas, EEG, polisomnografía, TAC, RNM, exploración auditiva (con potenciales evocados en pacientes más pequeños) y determinación en sangre de determinados tóxicos (caféina, psicoestimulantes, efedrina)⁽⁴⁾.

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es, fundamentalmente, clínico (Tabla I). Existen entrevistas diagnósticas estructuradas o semiestructuradas, como la ADIS-C/P [*The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Childs and Parent versión)*], basada en los criterios DSM-IV, que es específica para diagnosticar trastornos de ansiedad en niños (se puede realizar en niños entre 6 y 17 años). Por otra parte, existen cuestionarios específicos para evaluar la ansiedad en niños, como el cuestionario STAIC (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*) o cuestionario de ansiedad estado-rasgo para niños, que evalúa la ansiedad en el momento actual y la predisposición del sujeto a la ansiedad, respectivamente. Otros cuestionarios que se pueden emplear en el diagnóstico son el cuestionario MASC (*Multidimensional Anxiety Scale for Children*), SCAS (*Spence Children's Anxiety Scale*), SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*) o el PSWQ-C (*Peen State Worry Questionnaire for Children*)⁽⁷⁾.

Otro de los problemas a la hora de enfocar el diagnóstico es la alta tasa de co-ocurrencia de varios trastornos de ansiedad en el mismo individuo y su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del comportamiento, trastornos psicóticos, trastornos madurativos o trastornos de personalidad)⁽³⁾.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, es preciso descartar causas físicas, medicaciones o consumo de tóxicos como responsables de los síntomas.

Tabla I. Valoración diagnóstica de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia

Historia clínica

1. Inicio y desarrollo de los síntomas:

- Acontecimientos estresantes
- Comorbilidad con psicopatología
- Impacto síntomas (familiar, escolar, social)

2. Historia desarrollo personal:

- Temperamento
- Habilidades
- Cualidad del vínculo
- Capacidad de adaptación
- Miedos infantiles
- Respuesta ante extraños y separación

3. Historia médica:

- Cuadros anteriores
- Medicaciones previas
- Requerimientos de urgencias

4. Historia académica:

- Rendimiento académico
- Rendimiento deportivo

5. Historia social:

- Estresantes familiares
- Abuso o maltrato
- Acoso escolar
- Separaciones o pérdidas
- Relaciones con compañeros

6. Historia familiar:

- Funcionamiento familiar
- Antecedentes psicopatológicos familiares

Entrevista

Paciente	Familia	Colegio
Signos y síntomas	Dinámica familiar	Evaluación psicopedagógica
Evaluación física	Relación padres-hijo	

El diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad en la infancia es difícil debido a las altas tasas de superposición de varios trastornos ansiosos en el mismo paciente y a su comorbilidad con otros procesos psicológico-psiquiátricos. En líneas generales, es necesario hacer el diagnóstico diferencial con^(2-4,7):

- Trastornos de naturaleza orgánica: enfermedades cardiovasculares (prolapso de válvula mitral, taquicardia supraventricular paroxística), feocromocitoma, hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Wilson, enfermedad de Cushing, epilepsia, hipoglucemia, vértigo o enfermedad vestibular, migraña, asma, esclerosis múltiple, Corea de Huntington, tumores del sistema nervioso central, intoxicación por psicoestimulantes o

abstinencia de ciertas drogas o alcohol y efectos adversos de determinadas medicaciones (broncodilatadores, esteroides, teofilina, estimulantes alfa-adrenérgicos o bloqueantes de los canales de calcio).

- Trastornos afectivos: es frecuente que los trastornos depresivos en edades pediátricas cursen con síntomas ansiosos o somáticos, aunque los síntomas predominantes en los trastornos afectivos son: la anhedonia, la pasividad, el humor deprimido, la disminución del rendimiento escolar, el pesimismo y el trastorno del sueño, que suele ser el despertar precoz (a diferencia del insomnio de conciliación propio de la ansiedad).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): ambas

patologías tienen rasgos comunes, como son: la inquietud psicomotriz y la inestabilidad, aunque el niño con TDAH es un niño temerario, impulsivo y con bajo nivel de atención, mientras el niño ansioso es cauteloso, temeroso y con nivel de atención adecuado.

- Trastornos del comportamiento: el síntoma principal es el trastorno de conducta, sin aparición de miedo, preocupación excesiva o somatizaciones.
- Trastornos psicóticos: es importante la exploración del desarrollo cognitivo; ya que, en este grupo de pacientes, suelen aparecer disarmonías a diferencia del niño ansioso, principalmente en la primera infancia. En el adolescente, pueden aparecer síntomas ansiosos-fóbicos-obsesivos de inicio brusco y sin respuesta al tratamiento, que nos debe hacer sospechar el inicio de una esquizofrenia.
- Trastorno de personalidad esquizoide: aparece también una dificultad en la relación social, aunque con la presencia de indiferencia hacia la misma y sin sufrimiento por no acceder a ella.
- Trastornos psicósomáticos: el síntoma predominante son las algias y suele aparecer el fenómeno conocido como “belle indifference” o no preocupación por la presencia de los síntomas somáticos a diferencia del niño ansioso.
- Otros trastornos mentales: trastornos de adaptación, tics, trastornos de la conducta alimentaria, terrores nocturnos, trastornos del vínculo o abuso de sustancias.

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad es un tratamiento multimodal y debe incluir la psicoeducación, la psicoterapia y, en ocasiones, el apoyo farmacológico.

A pesar de la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, tan sólo una parte de ellos llega a diagnosticarse y, de ellos, tan sólo un subgrupo recibe una intervención terapéutica efectiva.

El abordaje de los trastornos de ansiedad es multimodal. La selección sobre

la modalidad de tratamiento debe basarse en la severidad de la sintomatología, la presencia de comorbilidad, la edad del niño y la naturaleza de los factores causales⁽³⁾.

El diagnóstico temprano y la intervención efectiva en el tratamiento van a reducir de manera clara el impacto que los trastornos de ansiedad tienen en la esfera académica, familiar y social, así como la reducción de psicopatología en la etapa adulta (continuidad de cuadros depresivos, consumo de tóxicos y trastornos de ansiedad)⁽³⁾.

Psicoeducación

La educación de los padres, del niño y de otras personas significativas en la vida del niño o adolescente sobre los síntomas del trastorno es fundamental. Se debe educar al niño de forma apropiada a su edad. Por otra parte, es importante colaborar con el personal escolar cuando los síntomas incluyan el colegio, así como consultar y colaborar con el pediatra de Atención Primaria para el seguimiento conjunto del niño⁽⁹⁾.

Tratamiento psicoterapéutico

Siempre que se detecte un trastorno por ansiedad en el niño, debe llevarse a cabo una psicoterapia, siendo, en un elevado número de casos, el tratamiento de elección. Las psicoterapias empleadas pueden ser la terapia cognitivo-conductual y la psicodinámica^(3,4,7,9).

La propia anamnesis y exploración, con establecimiento de una adecuada relación médico-enfermo-familia, con capacidad de escucha y contención es, en sí misma, psicoterapéutica. Habitualmente ayudando y orientando a la familia se ayuda al niño; resolviendo conflictos familiares se resuelven indirectamente los conflictos del niño^(1,3).

La terapia cognitivo-conductual puede utilizarse efectivamente por encima de los seis años y puede realizarse a nivel individual o grupal. Debe incluir al niño, los padres y a otras personas significativas en la vida del niño y/o adolescente. El objetivo de estas intervenciones es entrenar al niño para que adquiera habilidades de afrontamiento de problemas, mejore su autoconfianza, reestructure sus cogniciones erróneas y modifique sus conductas con la práctica de nuevos comportamientos (técnicas

de relajación, respiración y autocontrol, técnicas de estudio, entrenamiento en habilidades sociales, ejercicios de dramatización o *role-play*, desensibilización o exposición gradual a situaciones que provocan ansiedad, administración de contingencias y/o modelado)^(3,4,7,9).

Existe también evidencia sobre la eficacia añadida si se complementa la terapia cognitivo-conductual con terapia familiar, con el objetivo de entrenar a los padres en estrategias de manejo adecuadas (entrenar a los padres en dar respuestas adecuadas, dar seguridad a sus hijos, no intentar solucionar el problema en el momento ni minimizar su importancia o ayudar a sus hijos a enfrentarse al problema). Esta intervención es especialmente efectiva en niños pequeños, disminuyendo su eficacia en la infancia tardía y en la adolescencia^(1,3,4,7,9).

Tratamiento farmacológico

Numerosas revisiones y publicaciones demuestran la eficacia del tratamiento farmacológico, fundamentalmente cuando el grado de ansiedad es moderado o severo, el impacto de la clínica en la vida social o escolar es alto, existe comorbilidad asociada o la respuesta a la psicoterapia es limitada^(3,11).

Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram o paroxetina) son los antidepresivos de primera elección en este trastorno; siendo el grupo farmacológico para el que existe un mayor número de publicaciones que demuestran su eficacia frente al placebo y su buena tolerabilidad. Se recomienda comenzar a dosis bajas y monitorizar de forma cercana los resultados, manteniendo el tratamiento entre 8 meses y un año, procediéndose a la disminución gradual de dosis hasta su suspensión^(3,4,7,9,11).

La evidencia de la eficacia y seguridad de otros grupos farmacológicos, como los antidepresivos tricíclicos o las benzodiazepinas, es más limitada, aceptándose como segunda línea de tratamiento. En el caso de las benzodiazepinas, las publicaciones no demuestran una eficacia clara en niños, a diferencia de los adultos, y su potencial de abuso limita su utilización a breves periodos de tiempo o como coadyuvante de los ISRS o de la psicoterapia. Suelen usarse

en ansiedad anticipatoria y trastorno de pánico^(3,7).

Otros tratamientos empleados son los betabloqueantes (de utilidad limitada) y los neurolepticos. En casos de síntomas psicósomáticos pueden utilizarse los antihistamínicos (en reacciones atópicas) y los espasmolíticos (en manifestaciones gastrointestinales)^(4,7,9).

En casos de gravedad, ante fracaso del tratamiento ambulatorio o si hay dificultades en la contención familiar, puede estar indicado el ingreso hospitalario⁽⁷⁾.

Función del pediatra

Identificar y delimitar los trastornos de ansiedad en la infancia puede ser una tarea difícil en la consulta del pediatra.

Por una parte, el motivo de consulta que presenta el niño y el adolescente suelen ser, generalmente, quejas somáticas, por lo que el pediatra, en un primer momento, puede enfocar el diagnóstico hacia patología orgánica.

A ello se le añade la dificultad que presentan los niños para expresar verbalmente su malestar y sus sentimientos.

Además, la ansiedad forma parte de múltiples cuadros clínicos en la infancia y resulta, en ocasiones, difícil realizar un diagnóstico diferencial entre los distintos trastornos de ansiedad debido a la co-ocurrencia de varios trastornos ansiosos en el mismo paciente y a la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Por todo ello, es fundamental que los pediatras tengan presente la ansiedad como motivo subyacente de las quejas físicas en Atención Primaria.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Ruiz AM, Lago B. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización en Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-80.
- 2.** Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. En: Díaz de Santos SA, eds. Psiquiatría del niño y del adolescente, método, fundamentos y síndromes. 1994. p. 281-314.
- 3.** Ochando G, Peris S. La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2008; XII(9): 901-6. Consultado en www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ansiedad_edad_pediatria.pdf.
- 4.*** San Sebastián J. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. En: Balles-

- teros MC, ed. *Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas.* Madrid: Adalia; 2006. p. 150-63.
- 5.** López-Ibor JJ (Coord). Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia y Trastornos de ansiedad. En: American Psychiatric Association: Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales: DSM-IV. Masson SA; 1995. p. 116.20 y 401-56.
- 6.** López-Ibor JJ (Coord). Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos y Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia. En: CIE-10: Trastornos Mentales y del comportamiento. Meditor; 1992. p. 167-86 y 333-8.
- 7.*** De la Fuente JE, Herreros O (Coord). Protocolos clínicos. En: Protocolos clínicos de la asociación española de psiquiatría del niño y adolescente. Madrid: Siglo; 2010. p. 49-99.
- 8.* Taboada AM, Ezpeleta L, de la Osa N. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés.* 1998; 4: 1-16.
- 9.* Ballesteros MC, Conde V. Fobia social. En: Ballesteros MC, ed. *Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas.* Madrid: Adalia; 2006. p. 174-88.
10. Olivares J, Caballo VE, García LJ, Rosa AI, López C. Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual.* 2003; 11(3); 405-27.
11. Javaloyes A. Intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia en los trastornos de ansiedad. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil.* 2008; 25: 35-6.
- Curso de Actualización en Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-80. Capítulo de libro en el que se realiza una aproximación práctica, sencilla y completa a los diferentes trastornos de ansiedad en la edad pediátrica, estableciendo rasgos fundamentales y diferenciadores entre ellos, así como su aproximación terapéutica.
- San Sebastián J. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. En: Ballesteros MC, ed. *Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas.* Madrid: Adalia; 2006. p. 150-63. Capítulo de libro en el que se realiza un detallado recorrido por la ansiedad en la edad pediátrica.
- De la Fuente JE, Herreros O (Coord). Protocolos clínicos. En: Protocolos clínicos de la asociación española de psiquiatría del niño y adolescente. Madrid: Siglo; 2010. p. 49-99.
- Guía de protocolos clínicos en la que se recogen los principales diagnósticos de la patología psiquiátrica actual.

Bibliografía comentada

- Ruiz AM, Lago B. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En: AEPap ed.

Caso clínico

Inicio y desarrollo de los síntomas

Niña de 6 años de edad que acude a la consulta, acompañada por su madre, por presentar vómitos matutinos de un mes de evolución. Los vómitos ocurren generalmente antes de entrar en el colegio, nunca en fin de semana. En las últimas semanas refieren pesadillas y despertares frecuentes en los que acude a la cama de los padres y miedo a ir al baño sola, así como a quedarse sola en una habitación sin la presencia de ningún adulto. Desde el inicio del cuadro ha perdido varios días de colegio y se ha quedado en casa acompañada por su madre.

Historia del desarrollo personal

Temperamento de la paciente: retraída, tímida, dependiente de la figura materna. Desde siempre le ha costado separarse de la figura materna.

Historia médica

Dificultad en conciliación del sueño, despertares frecuentes por la noche. Por la mañana se despierta muy temprano y acude a la cama de los padres. Pesadillas y terrores nocturnos. Antecedente de dolor abdominal que había motivado acudir en varias ocasiones a urgencias.

Historia académica

Inicio de escolarización a los tres años con dificultad en la adaptación inicial al centro, presentando rechazo a acudir al colegio, llanto, molestias gástricas, náuseas y vómitos ocasionales.

Historia social

Dificultad en las relaciones con adultos, profesores y compañeros.

Historia familiar

Madre sobreprotectora, con problemas de ansiedad, muy angustiada por la patología de su hija. Estilo educativo permisivo que consiente la falta de asistencia a clase de la menor ante vómito matutino, persistencia del llanto y del rechazo a acudir al centro escolar. La madre justifica el absentismo escolar. Padre poco implicado en los asuntos escolares de la niña.

Entrevista

Entrevista terapéutica con la familia estableciendo empatía, orientando y entrenándoles en estrategias de manejo adecuadas. Implicación del padre en el manejo conductual de la paciente. Realizada psicoeducación. Psicoterapia a la paciente con el objetivo de entrenarla en habilidades de afrontamiento de problemas y habilidades sociales, mejorar su autoconfianza, reestructurar sus cogniciones erróneas y modificar sus conductas con la práctica de nuevos comportamientos (técnicas de relajación y respiración y exposición gradual ante las separaciones de las figuras paternas).

Diagnóstico

Trastorno de ansiedad de separación en la infancia.

Evolución

Evolución favorable tras seis meses de psicoterapia que no precisó farmacoterapia. Colaboración de las figuras parentales en el tratamiento tras comprender el origen de la sintomatología y eliminar la ansiedad que generaba la posibilidad de patología orgánica.