

# Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica

G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio

Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia



## Resumen

Los trastornos de ansiedad constituyen uno de los trastornos mentales más frecuentes en la infancia y adolescencia, con una prevalencia entre el 3 y el 31%, estando asociado a dificultades académicas y sociales, a la depresión, a la tentativa autolítica y al abuso de sustancias en la edad adulta.

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

Los trastornos de ansiedad en los niños incluyen: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada.

La psicoterapia suele ser el tratamiento de elección, 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 are one of the most common mental disorders in childhood and adolescence with prevalence between 3 and 31%, being associated with academic and social difficulties, depression, autolytic attempts and substance abuse adulthood.*

*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.*

*Anxiety disorders in children include: separation anxiety disorder, selective mutism, specific phobia, agoraphobia, panic disorder, social anxiety disorder and generalized anxiety disorder.*

*Psychotherapy is often the treatment of choice, 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; Children; Adolescence; Treatment.

*Pediatr Integral 2017; XXI (1): 39–46*

## Introducción

La ansiedad forma parte de numerosos cuadros clínicos en la infancia y adolescencia. Se considera ansiedad patológica a la reacción excesiva 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<sup>(1)</sup>.

Los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías diagnósticas más prevalentes de la psiquiatría del niño y del adolescente. Además, el síntoma ansiedad forma parte de un gran número de cuadros clínicos en la infancia, lo que dificulta la realización de un estudio sistemático de la misma<sup>(2)</sup>.

La ansiedad es un fenómeno normal defensivo ante situaciones que implican riesgo, peligro o compromiso, y ayuda a alertar al individuo frente a posibles peligros. Por ello, debe distinguirse entre la angustia normal y 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<sup>(1)</sup>.

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

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, sudoración, aumento de la transpiración, piloerección...), cognitivos, somáticos y, a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social<sup>(1-3)</sup>.

Dentro de los síntomas somáticos, pueden presentar: insomnio (inicial o de mantenimiento), sueño intranquilo, somnolencia, hiperactividad-excitación, dolor abdominal, hiperfagia o anorexia, náuseas, cefalea, temblores y/o tensión muscular, entre otros<sup>(4)</sup>.

## Epidemiología

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica oscila entre un 3% y un 21%, siendo frecuente la co-ocurrencia de varios trastornos ansiosos en el mismo paciente y/o la comorbilidad con otros procesos psiquiátricos<sup>(1-3)</sup>.

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.

La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, 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 21%<sup>(1-3,5)</sup>.

Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia están asociados a dificultades académicas y sociales, a la depresión, a la tentativa autolítica y al abuso de sustancias en la edad adulta<sup>(6)</sup>.

Por otra parte, es frecuente la co-ocurrencia de varios trastornos de ansiedad en un mismo paciente. Un 33% de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más trastornos de ansiedad.

Además, se encuentra comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, fundamentalmente con depresión, con rangos que varían entre el 28 y el 68%<sup>(1,4)</sup>.

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 los sujetos de riesgo, sino para desarrollar estrategias de intervención y prevención eficaces<sup>(2,3,5)</sup>.

## Etiopatogenia

La etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial, estando implicados en su desarrollo factores de riesgo genéticos, ambientales, temperamentales, familiares y sociales<sup>(1-3)</sup>.

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<sup>(2,3)</sup>.

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<sup>(1-4)</sup>:

- 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.
- Familias disfuncionales con condiciones desfavorables de salud, (trastornos neuróticos, enfermedades crónicas no compensadas), niveles altos de violencia y escasa capacidad para resolver problemas.
- 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.**

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<sup>(1,3,7)</sup>.

La Clasificación DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Classification of Diseases*; APA) incluye siete trastornos de ansiedad en niños (el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada)<sup>(8)</sup>. Dicho manual excluye: el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones a estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático, que estaban incluidos en los trastornos de ansiedad en el anterior manual DSM-IV<sup>(8,9)</sup>.

## Presentaciones clínicas

**Los trastornos de ansiedad en la infancia, incluyen: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada<sup>(8)</sup>.**

### Trastorno de ansiedad de separación

Consiste en la ansiedad excesiva e inapropiada que presenta el niño al separarse de los padres o de aquellas personas de apego. Se diagnostica cuando la ansiedad es persistente, duración de, al menos, cuatro semanas, interfiere en su vida normal produciendo deterioro en lo social, académico o familiar y se ha descartado trastorno del desarrollo o trastorno psicótico. La prevalencia es similar en ambos sexos y afecta más a niños con

nivel socioeconómico más desfavorecido<sup>(7,8,10)</sup>.

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<sup>(1,3,8,10,11)</sup>.

Deben presentar, al menos, tres de los siguientes síntomas<sup>(8,10,11)</sup>:

- Malestar excesivo y recurrente al separarse de los padres.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de figuras de apego o que sean víctimas de accidentes, enfermedades o catástrofes.
- Preocupación excesiva ante la posibilidad de que un acontecimiento (ser raptado, perderse, enfermar...) cause la separación de una figura de apego.
- Rechazo o resistencia a salir lejos de casa, visitar amigos o ir al colegio.
- Rechazo a quedarse solo en casa durante el día o a dormir solo o dormir fuera de casa.
- Pesadillas sobre el tema de la separación.
- Síntomas somáticos acompañantes (náuseas, abdominalgias, cefaleas, palpitaciones, vértigos, lipotimias o vómitos) en situaciones que implican una separación de la figura de apego.

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<sup>(1,3)</sup>.

### Mutismo selectivo

Se define por la presencia de fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas (p. ej., en la escuela), a pesar de hacerlo en otras situaciones. Dicha alteración produce un deterioro en los logros académicos o en la comunicación social y presenta una duración mayor a un mes. Precisa que sea descartado un trastorno del lenguaje y/o comunicación, trastorno del espectro autista y trastorno psicótico<sup>(8,10,11)</sup>.

### Fobia específica

Se presenta como un miedo o ansiedad intensa y desproporcionada por un objeto o situación específica y puede expresarse como: llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse. La posibilidad de entrar en contacto con el estímulo fóbico se acompaña de intensa ansiedad anticipatoria, por lo que el niño tiende a evitarlo. El miedo causa un deterioro significativo de las actividades del niño con duración mayor a seis meses. 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<sup>(8,10,11)</sup>.

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)<sup>(1,3)</sup>.

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 paternales sobre determinados peligros, reportajes periodísticos sobre catástrofes)<sup>(1,3)</sup>.

Los valores de prevalencia en la infancia y adolescencia se estiman alrededor del 2%<sup>(1,3)</sup>.

La fobia escolar estaría incluida dentro de las fobias específicas. 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. 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 de un 1%, aunque pueden existir formas leves que no se traducen en un absentismo escolar manifiesto<sup>(1,3)</sup>.

### Trastorno de ansiedad social (fobia social)

El síntoma predominante es la presencia de un miedo o ansiedad intensa, desproporcionada y/o persistente en situaciones sociales en las que el niño está expuesto al posible examen por parte de los demás (mantener conversación, ser observado, reunirse con personas desconocidas, actuar delante de otras personas, comer o escribir en público o ir a fiestas). En los niños, esta ansiedad puede producirse también en reuniones con niños de su edad. Presentan tendencia a evitar el contacto con personas desconocidas, repercutiendo de manera significativa en las relaciones con compañeros y en la vida social y académica del niño. La duración debe ser de, al menos, seis meses. El niño suele mostrarse tímido, aturdido y angustiado con desconocidos, mostrando poca seguridad y confianza en sí mismo. En ocasiones, puede expresarse con: llanto, rabietas, quedarse paralizado, encogerse, aferrarse o fracasar en iniciar o mantener una conversación. En niños mayores puede mostrarse, como: temor a ruborizarse, 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<sup>(8,10,11)</sup>.

Se presenta con igual frecuencia en niños que en niñas, teniendo un inicio generalmente en la adolescencia. Se inicia de forma gradual y es frecuente un antecedente de historia previa de timidez o inhibición social, o bien, puede aparecer bruscamente tras una experiencia estresante o humillante<sup>(1,3)</sup>.

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 y/o el consumo de tóxicos<sup>(1-3,5)</sup>.

### Trastorno de pánico

Su característica principal es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias, por lo que son imprevisibles. Tienen un inicio brusco y suelen durar unos diez minutos, acompañándose de, al menos, cuatro síntomas somáticos o cognitivos (palpitaciones, sudoración, escalofríos o sensación de calor, dolor precordial, sensación de asfixia y/o ahogo, mareo, vértigo, sensación de irrealidad [despersonalización o desrealización], parestesias, temor a morir o a perder el control)<sup>(8,10,11)</sup>.

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<sup>(2,3,5)</sup>.

### Agorafobia

Se define por la presencia de un miedo o ansiedad intensa, persistente y desproporcionada en dos o más de las siguientes situaciones<sup>(8,10)</sup>:

- Uso del transporte (automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
- Estar en espacios abiertos (aparcamientos, mercados, puentes).
- Estar en sitios cerrados (tiendas, teatros, cines).
- Hacer cola o estar en medio de una multitud.
- Estar fuera de casa solo.

Las situaciones agorafóbicas se evitan o se resisten con gran miedo y ansiedad y duran, al menos, seis meses. Se produce un malestar clínico significativo y un deterioro social o escolar<sup>(8,10)</sup>.

### Trastorno de ansiedad generalizada

La sintomatología consiste en una preocupación y ansiedad excesiva y persistente, la mayor parte de los días, ante la vida en general y que se prolonga durante un periodo de, al menos, seis meses y causa un deterioro social, escolar o en otras áreas del funcionamiento<sup>(8,10)</sup>.

En los niños, se requiere un ítem de los siguientes<sup>(8,10)</sup>:

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios en punta.
- Se encuentra fácilmente fatigado.
- Dificultad en concentración o sensación de quedarse con la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Trastornos del sueño (dificultad en conciliación, sueño inquieto o insatisfactorio).

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<sup>(1,3)</sup>.

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<sup>(2,3,5)</sup>.

### Diagnóstico

**El diagnóstico de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es fundamentalmente clínico (Tabla 1)<sup>(1,12,13)</sup>.**

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 con la presencia de síntomas neurológicos, gastrointestinales y/o cardiovasculares.

Por otra parte, la alexitimia o dificultad para la expresión verbal en los niños va a dificultar la valoración del pediatra de los síntomas en relación a los cuadros ansiosos, por lo que es fundamental que los pediatras tengan presente la ansiedad como motivo sub-

**Tabla I. Valoración diagnóstica de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: datos que debe recoger la historia clínica<sup>(1,3,13)</sup>**

**Historia clínica**

**1. Inicio y desarrollo de los síntomas:**

Acontecimientos estresantes o “*Life Events*”  
Comorbilidad con otra psicopatología  
Impacto que producen los 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 acudir a urgencias

**4. Historia académica:**

Rendimiento académico  
Rendimiento deportivo

**5. Historia social:**

Estresores familiares  
Abuso o maltrato  
Acoso escolar  
Separaciones o pérdidas  
Relaciones con compañeros

**6. Historia familiar:**

Funcionamiento familiar  
Antecedentes psicopatológicos familiares

**Entrevista (fuentes de información)**

- Paciente
- Familia
- Escuela

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)<sup>(4,13)</sup>.

**Diagnóstico diferencial**

**Es preciso descartar causas físicas, medicaciones o consumo de tóxicos, como responsables de los síntomas.**

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<sup>(1,3,12,13)</sup>:

- 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, 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).
- Trastornos psicosomáticos: el síntoma predominante son las algias

y suele aparecer el fenómeno conocido como “*belle indifférence*” o no preocupación por la presencia de los síntomas somáticos, a diferencia del niño ansioso.

- 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 que el niño ansioso es cauteloso, temeroso y con nivel de atención adecuada.
- 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.

**Tratamiento**

**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.**

A pesar de la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, tan solo una parte de ellos llega a diagnosticarse y, de ellos, tan solo un subgrupo recibe una intervención terapéutica efectiva<sup>(1,3,12-14)</sup>.

El abordaje de los trastornos de ansiedad es multimodal. La selección sobre la modalidad de tratamiento debe

yacente de las quejas físicas en Atención Primaria.

Aunque existen escalas y entrevistas diagnósticas, estas tienen poca validez en la práctica. Existen algunos cuestionarios para detectar ansiedad en los niños. Uno de los más utilizados es 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<sup>(12,13)</sup>.

basarse en: la severidad de la sintomatología, la presencia de comorbilidad, la edad del niño y la naturaleza de los factores causales<sup>(1,3,13,14)</sup>.

### 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<sup>(14)</sup>.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina, escitalopram) 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 a 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<sup>(1,3,13,14)</sup>.

La evidencia de la eficacia y seguridad de otros grupos farmacológicos, como los antidepresivos tricíclicos o las benzodiacepinas (cloracepato dipotásico) es más limitada, aceptándose como segunda línea de tratamiento. En el caso de las benzodiacepinas, 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<sup>(1,3,13,14)</sup>.

### Tratamiento psicoterapéutico

Ante la detección de un trastorno por ansiedad en el niño, debe llevarse a cabo una psicoterapia, siendo en un elevado número de casos, el tratamiento de elección<sup>(1,13)</sup>.

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<sup>(1-3,5)</sup>.

La terapia cognitivo-conductual (CBT) es efectiva en la reducción de los síntomas, con una eficacia reportada en el 50% de los casos en 10-20 sesiones, manteniéndose el efecto a largo plazo. Puede utilizarse efectivamente en niños mayores de seis años y puede realizarse a nivel individual o grupal<sup>(6)</sup>.

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 y respiración, técnicas de estudio, entrenamiento en habilidades sociales, ejercicios de dramatización o "role-play" y exposición gradual a situaciones que provocan ansiedad)<sup>(2,3,5)</sup>.

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 la adolescencia<sup>(1-3,5,13)</sup>.

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 (depresión, tentativa autolítica, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad) en la etapa adulta<sup>(1-3,5,13)</sup>.

### Función del pediatra

Identificar y diagnosticar los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica es una tarea compleja. Por una parte, los síntomas ansiosos se van a manifestar como quejas somáticas que van a orientar el diagnóstico hacia patología orgánica. Por otra, la identificación de las preocupaciones en los niños y adolescentes es complicada, debido a la dificultad en la expresión

de sentimientos que presentan, propia de su desarrollo madurativo. Además, muchos de los trastornos de ansiedad aparecen en co-ocurrencia con otros trastornos ansiosos o en comorbilidad con otros trastornos mentales.

Por todo ello, es fundamental que el pediatra tenga destreza en la identificación de los síntomas relacionados con la ansiedad y en el diagnóstico de los distintos trastornos de ansiedad presentes en la edad pediátrica.

### Bibliografía

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

- 1.\*\* Ochando G. La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2008; XII(9): 901-06.
- 2.\* 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): 1-16.
- 3.\*\* Ochando G, Peris SP. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*. 2012; XVI(9): 707-14.
- 4.\* Galiano MC, Castellanos T, Moreno T. Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-753120160>. Visitado el 22/10/2016. *Revista Cubana de Pediatría*. 2016; 88(2).
- 5.\*\*\* Ruiz AM, Lago B. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Exlibris Ediciones. 2005. p. 265-80.
6. Ballesteros MP, Sarmiento J. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica. Clínica teórica y práctica*. 2013; 3(2): 184-95.
7. López-Ibor JJ. (Coord): "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos" y "Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia". En: Meditor eds. *CIE-10: Trastornos Mentales y del comportamiento*. 1992. p. 167-86 y 333-8.
- 8.\*\*\* American Psychiatric Association. *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington. VA. Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
9. López-Ibor JJ. (Coord): "Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia" y "Trastornos de ansiedad". En: Masson SA eds. *American Psychiatric Association: Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales: DSM-IV*. 1995. p. 116.20 y 401-56.
- 10.\*\*\* Bennett S. Anxiety disorders in chil-

- dren: assessment and diagnosis. <http://www.uptodate.com/contents/anxiety-disorders-in-children-assessment-and-diagnosis>. Visitado el 19/02/16.
- 11.\*\* Bennett S. Anxiety disorders in children: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and course. <http://www.uptodate.com/contents/anxiety-disorders-in-children-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-and-course>. Visitado el 19/02/16.
- 12.\*\* Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. En: Díaz de Santos S.A eds. *Psiquiatría del niño y del adolescente, método, fundamentos y síndromes*. 1994. p. 281-314.
- 13.\*\* 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.
- 14.\*\* Javaloyes A. Intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia en los trastornos de ansiedad. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*. 2008; 25: 35-6.
- Bennett S. Anxiety disorders in children: assessment and diagnosis. <http://www.uptodate.com/contents/anxiety-disorders-in-children-assessment-and-diagnosis>. Artículo de revisión sobre los cambios realizados a partir del DSM-V en la clasificación de los trastornos de ansiedad.
- 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 del libro en el que se realiza una aproximación diagnóstica y terapéutica a los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica.

### Bibliografía comentada

- Ruiz AM, Lago B. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-80.

Capítulo del libro en el que se realiza un recorrido por los trastornos de ansiedad en la infancia, con una exposición clara y concisa.

## Caso clínico

### Datos de filiación

Niña de 9 años, menor de tres hermanos, dos de ellos varones. Convive con su madre, su padre y su hermana. Nivel sociocultural medio-alto. Ambos padres trabajan.

### Motivo de consulta

Niña de 9 años que acude a la consulta del pediatra por presentar rechazo a acudir al colegio (curso tercero de primaria).

### Enfermedad actual

El cuadro se inició coincidiendo con gastroenteritis aguda en los 6 meses previos. Desde entonces, presenta dolor abdominal que empeora los domingos por la noche y por las mañanas, permaneciendo asintomática el fin de semana. No se observan síntomas similares cuando la niña acude a otros lugares distintos del colegio o cuando sale de casa sola o en compañía de sus amigas.

Cuando sale de casa para ir al colegio suele vomitar, verbaliza que no quiere ir al colegio, se acompaña de sudoración, llanto inconsolable, taquicardia, palidez facial y sensación de opresión precordial.

Al menos, dos veces por semana, no acude al colegio, quedándose en casa acompañada de la abuela.

### Antecedentes personales

Perinatal sin incidencias, lactancia materna 6 meses. No trastornos de alimentación ni del sueño, desarrollo psicomotor normal. No alergias ni antecedentes destacables, excepto abdominalgias a partir de los 6 años de edad. Temperamento perfeccionista, muy responsable, retraída y tímida.

### Antecedentes familiares

Madre con trastorno depresivo y ansioso en tratamiento desde hace 2 años.

### Exploración física

Peso y talla en percentil 25. Normonutrida, normocoloreada y normohidratada. Palpación tiroidea dentro de límites normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen

blando y depresible sin visceromegalias. Pares craneales normales. Reflejos, fuerza y tono normal. Marcha y coordinación dentro de los parámetros normales.

### Exploración psicopatológica

Consciente y orientada en tiempo y espacio. Colaboradora, empática, actitud positiva y comunicativa. Lenguaje fluido. Atención sostenida y conjunta en límites normales. No trastorno del sueño. No existen alteraciones en la sensibilidad. Rendimiento escolar adecuado. Ideas sobrevaloradas en relación a la sintomatología fóbica (rechazo a ir al colegio), sintomatología ansiosa en relación al tema escolar.

### Exploraciones complementarias

- Hemograma y una bioquímica sérica general con *screening* de enfermedad tiroidea normal.
- Cuestionario STAIC: ansiedad rasgo (percentil 95) y ansiedad estado (percentil 90).
- Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) para padres: valores de anomalía para la escala de trastorno emocional (padre y madre).
- Dibujo familia: se dibuja entre los padres (posible inseguridad, posición de protección), trazo inseguro, borra constantemente.

### Diagnóstico

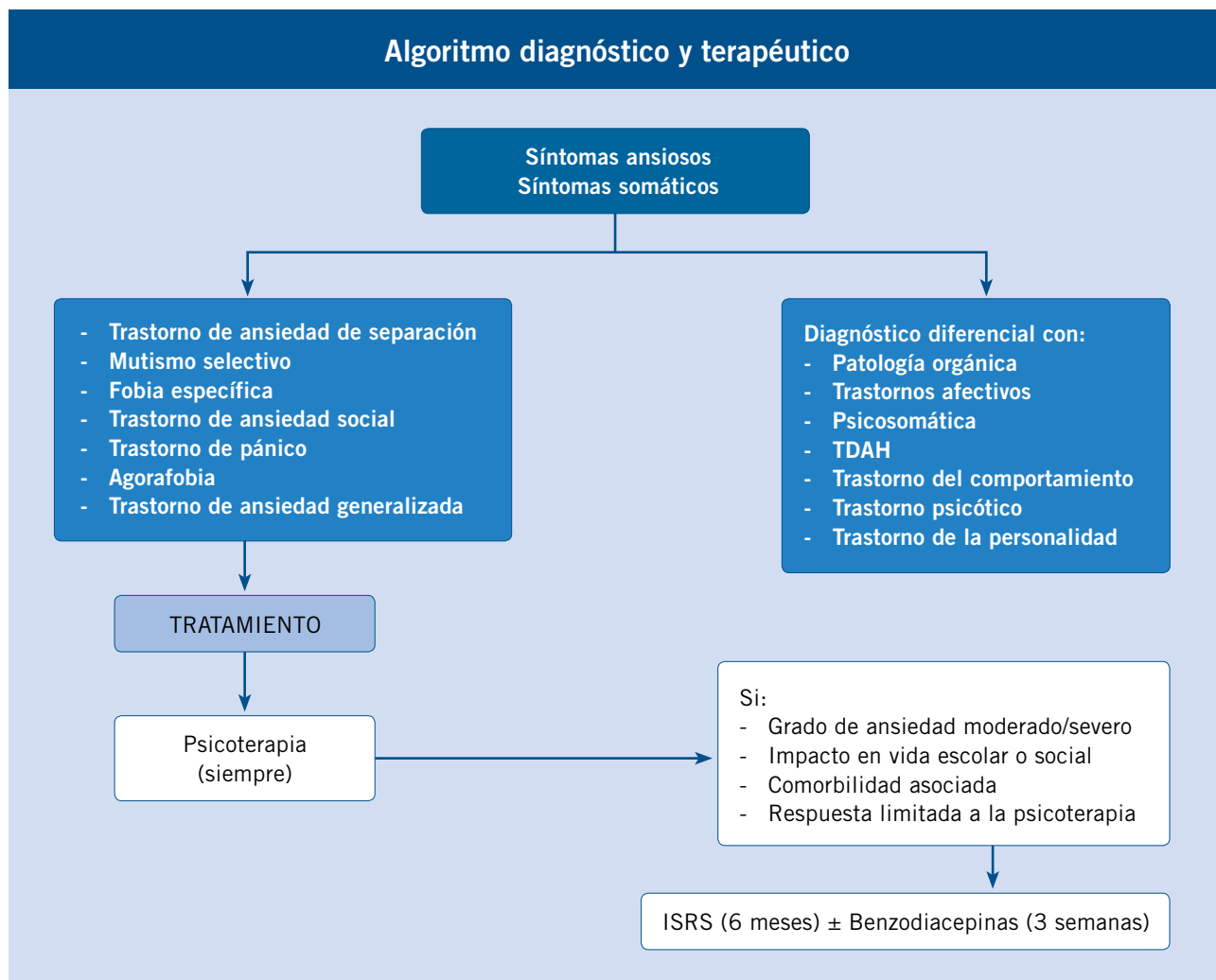
Fobia específica (fobia escolar).

### Tratamiento

- Tratamiento farmacológico: Benzodiacepina durante 3 semanas e ISRS durante 6 meses.
- Psicoterapia cognitivo-conductual con incorporación progresiva al centro escolar. Actuación a nivel individual, familiar y escolar.

### Evolución

Terapia semanal con integración escolar total a las 3 semanas de iniciado el tratamiento. Posteriormente, terapia quincenal durante 6 meses y mensual durante otros 6 meses.



## Questionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.





# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica

- 33. En relación a los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia:**
- Debe distinguirse entre la angustia normal y la patológica, teniendo en cuenta la edad y nivel madurativo del niño.
  - Las respuestas de ansiedad incluyen: síntomas neurovegetativos, cognitivos y somáticos.
  - Constituyen uno de los diagnósticos más prevalentes en la consulta pediátrica.
  - Al menos, 33% de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más trastornos de ansiedad.
  - Todas las anteriores son correctas.
- 34. En relación al trastorno de ansiedad de separación en la edad pediátrica:**
- El factor etiopatogénico fundamental es el ambiental.
  - Se da en pacientes con nivel socioeconómico alto.
  - Aparece siempre antes de los 6 años.
  - Un factor de mal pronóstico es el inicio tardío del cuadro.
  - No suele asociarse a otros trastornos de ansiedad.
- 35. Los SÍNTOMAS presentes en los trastornos de ansiedad pueden ser:**
- El trastorno de ansiedad fóbica se presenta como un miedo persistente o recurrente a un estímulo determinado.
  - En la fobia escolar, los síntomas suelen tener predominio matutino, siendo frecuente que los síntomas desaparezcan el fin de semana.
  - Los síntomas de la fobia social suelen comenzar en la adolescencia.
  - La característica principal en el trastorno de pánico es la presencia de crisis imprevisibles y recurrentes de ansiedad grave, no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias.
  - Todas las anteriores son ciertas.
- 36. En cuanto al diagnóstico de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, es FALSO que:**
- Es fundamentalmente clínico.
  - Es difícil, debido a la superposición de varios trastornos ansiosos y a su comorbilidad con otros procesos psiquiátricos en el paciente.
  - Debe confirmarse mediante escalas y cuestionarios diagnósticos.
  - Es necesario hacer el diagnóstico diferencial con trastornos de naturaleza orgánica.
  - Es frecuente que los trastornos depresivos en edades pediátricas cursen con síntomas ansiosos.
- 37. En el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los niños:**
- El abordaje de los trastornos de ansiedad es multimodal.
  - La psicoterapia suele ser el tratamiento de elección.
  - Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) es el tratamiento farmacológico de primera elección.
  - Existe evidencia sobre la eficacia añadida, si se complementa la terapia cognitivo-conductual con terapia familiar.
  - Todas las anteriores son ciertas.
- Caso clínico**
- 38. En relación a las pruebas complementarias, es CIERTO que:**
- Se recomienda realizar una analítica general con perfil tiroideo.
  - Se debe realizar un EEG para descartar epilepsia oculta.
  - Es obligatorio realizar prueba de imagen para descartar organicidad.
  - No es necesario realizar descarte de tóxicos, ya que su consumo no suele presentar síntomas ansiosos.
  - Todas las anteriores son ciertas.
- 39. En el diagnóstico diferencial, debe tenerse en cuenta que:**
- En los trastornos de ansiedad de separación, los síntomas ansiosos aparecen también en otros momentos de separación de los padres.

- b. En la ansiedad social, aparece temor a hablar en público en entornos distintos al escolar.
- c. En la ansiedad generalizada, aparece preocupación excesiva ante la vida general, por lo que interfiere en la vida escolar, familiar y social.
- d. El trastorno de pánico puede aparecer de manera imprevi-

sible, sin estar asociado a una situación o circunstancia.

- e. Todas las anteriores son ciertas.

**40. En el tratamiento de la fobia específica, es FALSO que:**

- a. El tratamiento es multimodal, pudiendo emplear el tratamiento con psicofármacos y la psicoterapia.

- b. El tratamiento farmacológico de elección son los inhibidores de la recaptación de serotonina.
- c. Se puede asociar las primeras semanas tratamiento con benzodiazepinas.
- d. Debe iniciarse siempre con tratamiento farmacológico.
- e. La terapia cognitivo-conductual es la psicoterapia más indicada.