

---

# Características clínicas de los trastornos de ansiedad

MJ. Mardomingo Sanz

*Jefa de la Sección de Psiquiatría Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

*Profesora Asociada de la Universidad Complutense.*

*Madrid.*

---

## Introducción

La ansiedad forma parte de la vida de muchos niños y adolescentes. Unas veces aparece como una forma de respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida, otras como un síntoma más de diferentes enfermedades, o por último, como una entidad específica que abarca el amplio campo de los trastornos de ansiedad. En las tres circunstancias corresponde al pediatra de Atención Primaria un papel insustituible en la detección, diagnóstico precoz y orientación adecuada de los pacientes.

Las reacciones de miedo y ansiedad han desempeñado un papel fundamental en la evolución de la especie, como mecanismos de defensa y alerta frente a los peligros ambientales, y siguen teniendo un papel fundamental en este mundo que los niños presienten cargado de amenazas. La ansiedad fisiológica se pone en marcha ante un peligro inme-

diato y tiene un carácter adaptativo; su finalidad última es salvaguardar la integridad del individuo. La ansiedad patológica por el contrario se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique, o existiendo esta circunstancia, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas. Muchas veces se trata de una intensa sensación de temor y aprensión respecto a acontecimientos desgraciados que pudieran suceder. Temor a la muerte del padre o de la madre, pánico a hacer daño a un ser querido, como clavarle un cuchillo, miedo a que pueda suceder algo horrible a la madre mientras el niño está en la escuela, pavor a perder el control y cometer una locura como tirarse por la ventana; otras veces se trata de dudas incontenibles acerca de si se ha hecho algo bien o mal, o de escrúpulos de conciencia que se convierten en ideas repetitivas y obsesivas siempre presentes.

En la vertiente motriz, la ansiedad se manifiesta en inquietud, desasosiego, temblor, imposibilidad de permanecer sentado. Otras veces, aunque más raramente, se traduce en inhibición motriz, con dificultad del niño para hablar o moverse. Los síntomas somáticos de la ansiedad pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular al respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo. La frecuencia cardíaca se acelera, disminuye el flujo sanguíneo periférico, se producen modificaciones en el EEG, aparece sudoración, palidez, temblor. Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían en los niños en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional, lo cual amplía la complejidad del tema<sup>1, 2, 3</sup>. En términos generales abarcan cuatro grupos de síntomas: neurovegetativos, conductuales, cognoscitivos y vivenciales<sup>4</sup>. A la inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito y el llanto inmotivado de los niños peque-

ños, se añadirá más adelante, a medida que se desarrolle el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos, la comunicación verbal de la angustia, los miedos y temores. Las dificultades de atención y concentración, los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento, son síntomas ya típicos de la etapa escolar a los que se añaden los sentimientos de despersonalización y desrealización en la adolescencia.

La ansiedad patológica abarca un amplio espectro clínico desde los miedos y temores excesivos, a la evitación fóbica de determinados estímulos y circunstancias, la ansiedad anticipatoria, el estado de vigilancia generalizado y los ataques de pánico. Los trastornos de ansiedad propiamente dichos comprenden de acuerdo con las clasificaciones internacionales las fobias simples, el trastorno de ansiedad a la separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático (TEP) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Tabla I). El

---

**Tabla I.** Clasificación de los trastornos de ansiedad

---

- Fobias simples.
  - Trastorno de ansiedad a la separación.
  - Trastorno de ansiedad generalizada.
  - Trastorno de estrés postraumático.
  - Trastorno obsesivo-compulsivo.
-

TOC y el TEP son trastornos perfectamente definidos que se describen como unas entidades aparte en los tratados de psiquiatría, y que no se abordarán por razones de extensión en este artículo. Tampoco se abordará por las mismas razones la fobia social propia de los adolescentes.

## **Epidemiología**

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad en los niños cuentan con serias dificultades metodológicas. La primera es la dificultad para delimitar y definir claramente lo que se está estudiando. Los trastornos de ansiedad en los niños aún no están bien establecidos y la prueba es que en el DSM-IV se han eliminado dos de los tres trastornos existentes en la versión del DSM-III R. Existe, por tanto, el peligro de estudiar tasas de prevalencia de trastornos que no tienen entidad clínica real, o lo contrario, no estudiar por influencia de las clasificaciones del adulto, entidades propias de la infancia. Una segunda dificultad radica en la discrepancia de los resultados que se obtienen en función de la fuente de información, con diferencias entre lo que dicen los niños, lo que dicen los padres, y lo que dicen los profesores. Estas discrepancias metodológicas son otro de los temas que no están resuel-

tos. Por lo tanto, los datos epidemiológicos varían según el método empleado y la definición de caso empleada.

Partiendo de estas observaciones se comprende la gran variabilidad de las cifras obtenidas en distintos estudios. En líneas generales las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños son del 9-21%<sup>5</sup> aunque algunos estudios dan cifras de hasta el 50%. La ansiedad de separación afecta al 3-5% de los niños y al 2-4% de los adolescentes, la ansiedad excesiva al 4% y el trastorno por evitación al 1% de los niños<sup>6</sup>. Estas dos últimas categorías son las eliminadas del DSM-IV. Las tasas de prevalencia de otros trastornos de ansiedad, fundamentalmente estudiados en el adulto aún no están claramente establecidas en los niños. El trastorno de angustia afectaría al 0,8% y las fobias específicas al 1,5-3% aproximadamente<sup>1,7</sup>.

La distribución por sexos de los trastornos de ansiedad es otro aspecto que no está aclarado. Parece que la fobia social se da más en los varones, mientras que las fobias simples, el trastorno de evitación y la agorafobia afectan más a las mujeres. La ansiedad de separación, la ansiedad excesiva, el trastorno de angustia sin agorafobia y la ansiedad generalizada afectarían por igual a ambos sexos. La edad modificaría también las

tasas de prevalencia de manera que las fobias simples predominantes en las niñas durante la infancia, pasarían a afectar por igual a los varones a partir de la adolescencia con una ratio de 1/1.

El nivel socioeconómico es otro factor que influye en la prevalencia con tasas más altas de trastornos de ansiedad y de síntomas ansiosos en las clases desfavorecidas. La exposición a un medio violento es otra variable que incrementa la prevalencia en los niños, actuando como claro factor de riesgo.

Puede decirse, en resumen, que la incidencia y prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes aún no están claramente establecidas, no obstante, son los trastornos y la sintomatología psiquiátrica más frecuente en la adolescencia, por encima de las depresiones y de los trastornos de conducta, lo cual indica la enorme importancia de su estudio.

### **Fobias simples**

La palabra fobia deriva del griego "phobéomai" y significa temor o aversión. La fobia simple consiste en el miedo persistente y difícil de vencer a un estímulo o situación concretos, y sólo aparece en contacto con ese estímulo. Los niños presentan fobias a los animales, a la oscuridad, las tormentas, la san-

gre, el ascensor, quedarse solos en la habitación, ir solos por el pasillo u otras situaciones. La intensidad del miedo varía en función de las circunstancias de aproximación al estímulos y de las características del mismo. Así en el caso de la fobia a los perros, la ansiedad será mayor cuando más próximo esté y mayor tamaño tenga el animal.

Saber que existe la posibilidad de entrar en contacto con el estímulo fóbico genera en el niño una intensa angustia; es lo que se denomina ansiedad anticipatoria, que puede dar lugar a una serie de estrategias encaminadas precisamente a evitar esa situación. Es el caso, por ejemplo, de un paciente de once años que subía andando los ocho pisos de su casa para evitar el ascensor o de un niño de cinco que no toleraba pasar por delante del jardín de los vecinos por el pánico que le producía el perro guardián, que en este caso era de tamaño pequeño y completamente inofensivo.

La gravedad e intensidad de los síntomas de ansiedad, lo apropiado o no apropiado del miedo de acuerdo con la edad, y en qué medida la fobia interfiere la vida cotidiana, son datos fundamentales para el diagnóstico. La fobia para serlo tiene que cumplir dos criterios: producir en el niño un intenso malestar y suponer una clara limitación para el de-

sarrollo de la vida normal. El niño reconoce que el temor y la angustia son excesivos e irracionales, pero no los puede eludir. Así lo refería, por ejemplo, un niño de seis años, que cada día sufría una intensa angustia al terminar el colegio, pues temía que su madre, con quien tenía una magnífica relación, no fuera a buscarlo. Sabía que era absurdo, pero no lo podía evitar.

Cualquier fobia puede darse a cualquier edad, no obstante hay fobias más frecuentes en unas épocas de la vida que en otras. Son típicas del niño pequeño las fobias a los animales y a la oscuridad; más adelante aparecerá la fobia al ascensor o al colegio, y en la adolescencia aparece la fobia a la sangre y a las heridas, por poner un ejemplo, y la fobia social que es típica de esta edad<sup>1,7</sup>.

### **Ansiedad a la separación y fobia escolar**

La ansiedad a la separación consiste en la angustia intensísima que experimenta el niño al separarse de los padres o de aquellas personas con quienes está especialmente unido. La angustia puede ser tan intensa que llegue el pánico y en cualquier caso es siempre desproporcionada para la edad. Para hacer el diagnóstico de trastorno de ansiedad a la separación los síntomas tienen que pro-

longarse al menos durante dos semanas e interferir con la vida normal del niño. El diagnóstico se descarta cuando existe otro trastorno del tipo de la esquizofrenia o el autismo.

La ansiedad a la separación suele iniciarse antes de los seis años, tiende a disminuir a partir de los 12, y se descarta que comience después de los 18<sup>8</sup>. Es muy típico que se acompañe de síntomas somáticos del tipo de dolores abdominales, vómitos, cefaleas, náuseas, palpitaciones, temblor, vértigos y lipotimias, y de sintomatología depresiva, pudiendo ser difícil diferenciar cual es el trastorno predominante, si la depresión o la ansiedad<sup>1,7</sup>. La ansiedad a la separación y la depresión mayor tienen además en común los antecedentes familiares de depresión y alcoholismo, las crisis de pánico asociadas y las quejas somáticas, lo cual hace más difícil el diagnóstico diferencial. Los ataques de pánico en los niños casi siempre se dan unidos a la ansiedad de separación o a la depresión, y más raramente se presentan de forma aislada<sup>9,10</sup>. En la Tabla II se hace un resumen de los principales síntomas somáticos de la ansiedad.

La ansiedad a la separación es más frecuente en familias que tienen una actitud sobreprotectora hacia los hijos, con temor ante el proceso de auto-

mía progresiva del niño que forma parte del desarrollo normal. A veces la madre es una mujer ansiosa que ha vivido en su propia familia ese ambiente sobre-protector. Otras veces se trata de todo lo contrario, como en el caso de una madre que quedó huérfana a la edad de ocho años, desprovista de lazos familiares, y sentía pánico a que su hija de seis años, que tenía una fobia escolar, experimentara en su vida la soledad.

El niño con un trastorno de ansiedad a la separación se niega a separarse de los padres, ir al colegio, salir de casa, que-

darse a dormir con familiares o amigos, ir de excursión o de campamento. A veces incluso se niega a quedarse sólo en la habitación y la madre refiere que la sigue a todas partes como si fuera su sombra. La negativa a separarse de los padres es muchas veces la expresión de un miedo irracional a que pueda suceder algo malo a la madre o al padre, a que puedan morir, tener un accidente, o ponerse enfermos. Quedarse con la madre en casa, sin ir al colegio, es la mejor manera de protegerla de todos estos peligros potenciales que la acechan.

---

**Tabla II.** *Síntomas somáticos de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*

---

<b>Neuromusculares</b>	Cefaleas
<b>Digestivos</b>	Dolores abdominales Náuseas Vómitos Diarrea
<b>Respiratorios</b>	Sensación de ahogo Disnea Taquicardia Opresión torácica
<b>Cardiovasculares</b>	Palpitaciones Taquicardia Dolor precordial Palidez Rubor Aumento ligero o moderado de la TA
<b>Neurovegetativos</b>	Sequedad de boca Sudoración Lipotimia Midriasis

---

Mientras los niños de menor edad tienden a experimentar la ansiedad cuando la separación ya es un hecho, a medida que crecen sufren ansiedad anticipatoria cuando se les amenaza con la separación o la perciben como inevitable.

La muerte es uno de los temas que genera más temor, pero también pueden sentir angustia ante animales, monstruos o situaciones que perciben como potencialmente peligrosas para su propia integridad o la de su familia. El miedo puede referirse a ladrones, raptos, desconocidos, subir en avión o ir de viaje. En cualquier caso el temor a la separación es el síntoma central del cuadro clínico.

Para algunos autores la fobia escolar formaría parte del trastorno de ansiedad a la separación, como una expresión más del temor a separarse de los padres. Para otros, la fobia escolar sería un trastorno con unas características propias que debería estudiarse aparte. La realidad es que los niños con ansiedad a la separación se niegan por razones obvias a ir al colegio, pero no todos los niños con fobia escolar tienen dificultad para separarse de los padres en otras situaciones, como salir a jugar a la calle o ir a casa de familiares. Se trata sin duda de dos trastornos de ansiedad estrechamente relacionados, aunque no siempre super-

ponibles, dependiendo probablemente la relación entre ambos de la edad de presentación de los síntomas.

La fobia escolar es, sin duda, la más específica de las fobias de la infancia, y afecta aproximadamente al 4% de los niños que acuden a las consultas de psiquiatría. El temor irracional e insuperable a ir al colegio se relaciona a veces con alguna circunstancia concreta de la vida escolar, como temor a un profesor, a un compañero o a una asignatura. Otras veces es un miedo inespecífico, de carácter general, que se expresa en miedo a hacer el ridículo o a ser criticado. También puede darse la circunstancia de que el niño no exprese de forma abierta el miedo a la escuela, pero la negativa a ir y el cortejo de síntomas que lo acompañan hace sospechar el diagnóstico.

La posibilidad de asistir al colegio produce en el niño una angustia intensa de carácter anticipatorio, por lo que tiende a evitarlo como sea. La crisis de angustia se presenta justo antes de tener que salir para clase, o la noche anterior, o a lo largo de la tarde de la víspera incrementándose a partir del anochecer. La angustia puede acompañarse de un amplio cortejo neurovegetativo con vómitos, náuseas, diarrea, anorexia, dolores abdominales y cefaleas entre otros sín-

tomas. El niño permanece en casa con conocimiento de los padres que no lo gran llevarlo a pesar de hacer intensos esfuerzos; no presenta un trastorno relevante de la conducta de tipo antisocial y sufre una intensa ansiedad en relación con el colegio. Estas características distinguen en principio la fobia escolar del hecho de hacer novillos. El niño que hace novillos no se queda generalmente en casa con conocimiento de los padres, manifiesta más desprecio que ansiedad en relación con el colegio, y tiene con frecuencia conductas antisociales.

### **Ansiedad generalizada**

El trastorno de ansiedad generalizada (antiguo trastorno de ansiedad excesiva) se caracteriza por la preocupación o ansiedad exagerada del niño ante la vida en general, y es propio tanto de la infancia como de la adolescencia afectando más a las mujeres a partir de esta edad. Los miedos y temores que en los niños pequeños se refieren a aspectos poco relevantes y concretos de la vida cotidiana, van adquiriendo un carácter más general con la edad; son miedos que carecen de base real y se prolongan al menos durante seis meses. El niño muestra una actitud excesivamente cautelosa y temerosa ante la vida en general, preocupándose demasiado por los exámenes, las rela-

ciones con los amigos, la posibilidad de sufrir algún tipo de daño u otros acontecimientos futuros. Intenta cumplir metódicamente con sus obligaciones, hacer los deberes, ayudar en la casa, ser puntual y necesita que se le reafirme constantemente en lo que hace, preguntando sobre aspectos poco importantes de actividades habituales que le producen ansiedad o incertidumbre. También puede preocuparse por acontecimientos de la vida pasada. Se muestra ansioso por su capacidad y aptitudes en diferentes terrenos y de modo especial en el rendimiento escolar, con marcado temor a las críticas de compañeros y profesores.

Estos temas van adquiriendo un carácter más general con la edad, el niño teme no ser aceptado por los compañeros en el colegio o en relaciones sociales más amplias o desde el punto de vista académico.

Son frecuentes las quejas psicósomáticas: cefaleas, dolores abdominales, náuseas, vértigo, disnea, obstrucción en la garganta y los trastornos del sueño. El niño puede experimentar un estado mantenido de intenso nerviosismo y tensión.

El diagnóstico de ansiedad generalizada se excluye cuando la ansiedad acompaña a un trastorno del estado de ánimo o a un trastorno psicótico. Se da con

más frecuencia en familias con elevado nivel de aspiración respecto de los hijos y de nivel socioeconómico alto.

### **Evaluación y diagnóstico**

La evaluación de los trastornos de ansiedad se hace a partir de dos fuentes fundamentales de información: el propio niño y los padres. Dado que la ansiedad forma parte, con relativa frecuencia, del cuadro clínico de otros trastornos psiquiátricos y de diversas enfermedades pediátricas, la historia clínica debe incluir de modo rutinario el detectar la presencia de síntomas de ansiedad<sup>11</sup>.

Evaluar la presencia de un trastorno de ansiedad en la infancia no siempre es fácil ya que la ansiedad es un fenómeno difuso, difícil de definir y explicar. Los niños mayores tienden a veces a ocultar y minimizar sus sentimientos y los más pequeños no saben expresar de forma adecuada lo que les sucede. En cuanto a los padres necesitan muchas veces, que se les formulen preguntas concretas que les ayuden a relatar las características del proceso en curso. El papel del pediatra en esta primera fase del diagnóstico es fundamental.

La historia clínica debe incluir los datos referentes al cuadro clínico actual, tiempo de evolución, factores precipitantes y repercusiones en la actividad habitual

del niño. Son importantes los antecedentes de embarazo y parto y las enfermedades sufridas, la respuesta del niño a la separación de la madre en los primeros años, la adaptación a la escolarización y las relaciones con sus compañeros y con otras personas fuera del medio familiar. La presencia de miedos, temores o fobias que no son propios de la edad del niño, así como un estado de ansiedad excesiva habitual o una tendencia llamativa al perfeccionismo son datos de alarma. Debe hacerse una descripción detallada de la sintomatología, indicando la edad de comienzo, duración, características de la evolución, naturaleza episódica o mantenida, interferencias en la vida familiar, escolar y social del niño, relación o no con factores precipitantes y eficacia de las medidas adoptadas por la familia o por otros profesionales.

La exploración física del niño y las exploraciones complementarias que se consideren pertinentes, servirán para descartar la existencia de una enfermedad pediátrica y para justificar ante los padres el diagnóstico de un trastorno de ansiedad así como la necesidad de remitir al niño al psiquiatra infantil.

La colaboración del pediatra con el psiquiatra infantil, y viceversa, es una de las claves del éxito del tratamiento de los trastornos de ansiedad; un tratamiento

que debe tener tres objetivos: mejorar el cuadro clínico disminuyendo la intensidad y frecuencia de los síntomas; prevenir la aparición de complicaciones (por ejemplo la pérdida de curso en la fobia escolar); y prevenir la evolución crónica

y la instauración de secuelas. La terapia de apoyo, la terapia cognitivo-conductual, el asesoramiento a los padres, la colaboración con el colegio y el tratamiento farmacológico, son las medidas terapéuticas recomendadas<sup>12, 13</sup>.

## Bibliografía

1. Mardomingo MJ. *Trastornos de ansiedad. En Mardomingo. Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes.* Madrid, Díaz de Santos, 1994; a: 281-314.
2. Ollendick TH, King NJ, Yule W (eds). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents.* New York, 1994.
3. Pine DS, Grun J. *Childhood anxiety: Integrating developmental psychopathology and affective neuroscience.* J Child Adolesc Psychopharmacol., 1999; 9: 1-12.
4. Ayuso JL. *Trastornos de angustia.* Barcelona, Martínez-Roca, 1988.
5. Kashani JH, Orvaschel H. *A community study of anxiety in children and adolescents.* Am J Psychiatry 1990; 147: 313-318.
6. McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. *DSM-III disorders from age 11 to 15 years.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31: 50-59.
7. Mardomingo MJ. *Fobia escolar. En Mardomingo. Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes.* Madrid, Díaz de Santos, 1994; b: 477-498.
8. Livingston R, Taylor IL, Crawford SL. *A study of somatic complaints and psychiatric diagnosis in children.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27: 185-187.
9. Hayward C, Killen ID, Taylor CB. *Panic attacks in young adolescents.* Am J Psychiatry, 1989; 146: 1061-1062.
10. Morean DL, Weissman M, Warner V. *Panic disorder in children at high risk for depression.* Am J Psychiatry, 1989; 146: 1059-1060.
11. Mardomingo MJ. *Trastornos de ansiedad del niño y del adolescente. Nuevas perspectivas.* En Mardomingo MJ (ed). *Trastornos de ansiedad en el niño y adolescente.* Madrid. ASCAPYA, 1999; 4-8.
12. Mardomingo MJ. *Ansiolíticos.* En Mardomingo MJ, Rodríguez-Ramos P, Velasco A. *Psicofarmacología del niño y del adolescente.* Madrid, Díaz de Santos, 1996; a: 141-166.
13. Mardomingo MJ. *Antidepresivos.* En Mardomingo MJ, Rodríguez-Ramos P, Velasco A. *Psicofarmacología del niño y del adolescente.* Madrid, Díaz de Santos, 1996; b: 141-166.

