



Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

¿Qué entendemos por ansiedad?

La ansiedad es inherente al desarrollo normal del sujeto. Su aparición pone de manifiesto el conflicto adaptativo y la falta de recursos para conseguir una respuesta adecuada a las tensiones internas (necesidades del niño) y externas (ambiente que le rodea).

En ocasiones es difícil distinguir la angustia del miedo. Reconoceremos que la angustia es patológica si sus manifestaciones son persistentes, intensas e incapacitan al niño para enfrentarse a ella o a la situación que supuestamente la desencadena. A lo largo de su desarrollo, el niño tendrá que enfrentarse a condiciones que comportan un conflicto de adaptación. La familia favorece la superación de las situaciones más angustiantes, y el niño, gracias a estas vivencias de ansiedad se familiarizará con las experiencias humanas básicas y fundamentales.

Describimos la angustia como un sentimiento que se expresa de forma global en el sujeto. Es una reacción de alarma, difusa y sin objeto específico, que señala y advierte al individuo de la presencia de un peligro potencial.

Los trastornos de ansiedad en niños a menudo no aparecen solos, sino que forman parte de un amplio cuadro de síntomas y rasgos de mala adaptación incluyendo, pero no limitándose a ellos, la renuncia social, la inseguridad, disforia y la hipersensibilidad. Esta diversidad de síntomas es un reflejo de la etiología (factores genéticos, psicológicos, familiares, sociales) así como una muestra de las consecuencias debilitadoras de la ansiedad sobre el desarrollo.

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad son varias:

- En el **trastorno de ansiedad por separación** se da ansiedad en exceso ante la separación de figuras de apego. Cuando se separa, la ansiedad puede aproximarse al nivel de pánico. La reacción va más allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño.
- El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por una excesiva preocupación sobre los sucesos futuros y ansiedad difícil de controlar. Los síntomas asociados incluyen la falta de descanso, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y molestias en el sueño. Sólo uno de los seis síntomas es necesario para los niños.
- La **fobia específica** se caracteriza por un temor excesivo, específico y persistente ante un estímulo, con un comportamiento de evitación ante el mismo. A diferencia de los adultos, los niños a veces no reconocen que su miedo es excesivo e irracional. Los niños con fobias específicas refieren miedo o temor acusado, reacciones fisiológicas, y evitación o anticipación ansiosa al exponerse al estímulo fóbico
- La **fobia social** es descrita como un temor marcado y persistente o situaciones en las que la persona se expone a gente no familiar. En niños, es necesario haber demostrado que son capaces de relacionarse normalmente con sus familiares según su edad y que la ansiedad aparece con individuos de su misma edad.
- El **mutismo selectivo** se caracteriza por la negativa a hablar en situaciones sociales específicas. Existe un punto de vista emergente que dice que el mutismo selectivo es un tipo de fobia social.
- El **trastorno de pánico** se caracteriza por episodios espontáneos recurrentes de pánico que están asociados con síntomas fisiológicos y psicológicos.
- La **agorafobia** es descrita como un temor a los lugares abiertos, a las multitudes y a la dificultad para escapar de lugares en los que el individuo pueda experimentar una crisis de angustia o donde no se pueda disponer de ayuda si ésta aparece.

¿Cuál es su prevalencia?



Numerosos estudios indican que los trastornos de ansiedad son una de las categorías que más permanece de la psicopatología de la infancia y la juventud. Así mismo, los estudios epidemiológicos indican una elevada prevalencia de trastornos de ansiedad en niños que no consultan.

Los estudios muestran unas tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad de entre el 8,9% y el 15,4%, basándose en la combinación de diagnósticos. La fobia simple, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada son los trastornos más frecuentes, con tasas de prevalencia del 9,2%, 4,1% y 4,6%, respectivamente. Respecto a la fobia social, su prevalencia es del 1%.

¿Cómo se distribuye?

Los estudios clínicos, referidos a poblaciones de niños tratados, no generan diferencias significativas en el ratio de género hasta la adolescencia, momento en el cual los trastornos de ansiedad predominan en las chicas.

¿Cómo se manifiesta?

Existen diferencias en la manifestación clínica de los trastornos de ansiedad en función del nivel de desarrollo. Determinados síntomas son normales y ejercen un efecto positivo en el desarrollo del niño en determinada edad. Asimismo, se dan, en la población infantil general y de forma común, síntomas aislados de ansiedad subclínica, entre los cuales se incluyen temor a sufrir daño uno mismo o a las figuras de apego, preocupaciones excesivas, síntomas de ansiedad por separación, o pequeñas fobias u obsesiones. Tales síntomas pueden ser la causa de alteraciones significativas o de deterioro, incluso cuando el individuo no muestra criterios para un diagnóstico de ansiedad específico, y por ello son merecedores, en algunos casos, de evaluación o intervención. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad asociados a dificultades en la lectura y las matemáticas garantizan la evaluación y la intervención como parte de un esfuerzo para mejorar el éxito.

La ansiedad crónica en el niño y el adolescente adopta una expresión idéntica a la del adulto: palpitaciones, opresión precordial o torácica, dificultad para respirar, ahogo, sudoración y sensación de debilidad o fatiga. Al igual que en el adulto se puede presentar en forma de crisis.

¿Cuál es su manifestación en la infancia y en niños de preescolar?

Las manifestaciones de ansiedad en la infancia están relacionadas básicamente con dos aspectos: el temperamento y el vínculo.

¿Cómo puede afectar el temperamento?

Los rasgos de temperamento están relacionados con las posteriores manifestaciones de ansiedad tanto en niños como en niñas. Los estudios realizados en relación a los rasgos tempranos de temperamento y la predisposición al desarrollo de la exteriorización e interiorización de síntomas muestran que los niños caracterizados de confiados y con tendencia a explorar situaciones nuevas tienden a presentar significativamente menor ansiedad en la niñez y en la adolescencia. Las niñas que son pasivas, tímidas, miedosas y que evitan las situaciones nuevas, presentan significativamente una mayor probabilidad de manifestar ansiedad en edades posteriores.



La inhibición conductual se define como la tendencia a una timidez extraordinaria o a presentar miedo y aislamiento en situaciones nuevas y/o desconocidas. Recientes investigaciones muestran que los niños caracterizados por presentar inhibición conductual presentan significativamente más trastornos psiquiátricos múltiples o reciben el diagnóstico de dos o más trastornos de ansiedad, al compararlos con niños no considerados conductualmente inhibidos. Por tanto, la inhibición conductual se manifiesta como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en niños. Un estudio de 3 años de seguimiento demostró que en el grupo con inhibición conductual, eran significativamente más frecuentes el trastorno por evitación, el trastorno de ansiedad por separación y la agorafobia. Las tasas de todos los trastornos de ansiedad en los niños inhibidos aumentaban considerablemente desde la línea base hasta el seguimiento.

¿Por qué es importante el vínculo?

La inseguridad en el vínculo constituye otro factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en la niñez.

Los bebés con un tipo de vínculo ambivalente presentan más diagnósticos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia

Ni la teoría temperamental ni la teoría del vínculo por sí solas pueden explicar el desarrollo de los trastornos de ansiedad

¿Cuál es su manifestación en niños de edad escolar?

Una de las disyuntivas en el estudio de los trastornos de ansiedad, así como en la práctica clínica, consiste en definir qué constituye un trastorno de ansiedad, en comparación con la ansiedad normal. Los síntomas de ansiedad más frecuentes en la edad escolar son la excesiva preocupación por la competencia, la excesiva necesidad de reafirmación, el miedo a la oscuridad, miedo a que una de las principales figuras vinculadas sufra algún daño, y los síntomas somáticos.

Los trastornos de ansiedad más frecuentes durante la etapa media de la infancia incluyen el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada, y las fobias específicas. En menor frecuencia, se da también a esta edad el mutismo selectivo.

¿Cómo se manifiesta en adolescentes?

El origen de la ansiedad en adolescentes normales engloba la consolidación de la identidad, la sexualidad, la aceptación social y los conflictos de independencia. Los síntomas de los trastornos de ansiedad en adolescentes que refieren con mayor frecuencia son el miedo a las alturas, a hablar en público, a ruborizarse, una preocupación excesiva por su conducta anterior, y a la conciencia de sí mismos.

Los adolescentes pueden presentar los mismos trastornos de ansiedad que los niños en edad escolar. Además, en el período prepuberal, los individuos comienzan a desarrollar vulnerabilidad a otros trastornos de ansiedad, entre los que se encuentran el trastorno de angustia, la agorafobia y la fobia social.

El trastorno de angustia es poco frecuente antes del período prepuberal. Se inicia frecuentemente durante la adolescencia o durante las primeras etapas de la edad adulta, siendo la adolescencia el período más común de inicio del trastorno.

En los adolescentes que presentan fobia social se presenta igualmente tanto en hombres como en mujeres. Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y con los trastornos afectivos.

¿Cuándo se inician los trastornos de ansiedad?



La edad media de inicio de los trastornos de ansiedad son los 8 años para el trastorno de ansiedad por separación y los 10 años para el trastorno de ansiedad generalizada.

¿Cuál es el pronóstico de este trastorno?

Los estudios prospectivos y longitudinales muestran que en niños con un trastorno de ansiedad, la tasa de remisión del trastorno de ansiedad en el seguimiento a 4 o 5 años es de entre un 77% y un 82%.

Entre los que remite el trastorno, la mayoría (68%) lo hacen durante el primer año de seguimiento. De los trastornos de ansiedad estudiados, el trastorno de ansiedad por separación muestra la tasa de recuperación más elevada con un 96%, y el trastorno de angustia la tasa más baja de remisiones con un 70%.

Los factores predictores de una recuperación más lenta son la edad de inicio temprana y el ingreso a edades más tardías. El trastorno por ansiedad generalizada es el que tarda más en remitir.

Hay que tener en cuenta que el 30% de los niños con algún trastorno de ansiedad presenta nuevos trastornos psiquiátricos, y la mitad de estos niños desarrollan nuevos trastornos de ansiedad.

Algunos estudios establecen relación entre el trastorno de ansiedad por separación en la niñez y la agorafobia o trastorno de pánico durante la época adulta. En estudios retrospectivos, el 50% de los pacientes adultos presentaron trastorno de ansiedad por separación durante la niñez

¿Cómo se evalúa la ansiedad?

Deben recogerse el inicio, el curso y el contexto de los síntomas de ansiedad, así como información relativa a los antecedentes del desarrollo, antecedentes médicos, escolares y sociales del niño o del adolescente, y una historia psiquiátrica familiar. Es esencial el examen del estado mental y una evaluación de la actividad en la escuela.

Para la evaluación de la ansiedad se dispone de entrevistas psiquiátricas estructuradas, escalas clínicas de evaluación, instrumentos auto-administrados y medidas recogidas a partir de los padres (Tabla 1). Es útil utilizar varios tipos de instrumentos. Debido a la naturaleza subjetiva de los síntomas de ansiedad, es importante incluir medidas que evalúen la ansiedad desde el punto de vista del niño o del adolescente.

Se ha observado que las madres refieren los síntomas de ansiedad de sus hijos de una manera exagerada, hecho que se relaciona con un incremento en el nivel de la ansiedad materna. Esto pone de relieve la importancia que supone para el clínico conocer el nivel de ansiedad de los padres.

Las escalas de evaluación clínica son útiles porque integran la experiencia del clínico y la información del niño o el adolescente sobre sus síntomas de ansiedad. Por último, es útil combinar una entrevista psiquiátrica estructurada que proporcionará los diagnósticos, con escalas de la gravedad de los síntomas de ansiedad.

Existen varias entrevistas de diagnóstico que evalúan el trastorno de ansiedad en los niños y adolescentes:

- Escala para los Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Preescolar. (K-SADS-E-5) (Orvaschel, 1995): Entrevista psiquiátrica semiestructurada en la cual el informante son los padres y el niño.
- Entrevista estructurada para los Trastornos Afectivos DSM-IV. (Silverman y Albano, 1996): Entrevista psiquiátrica estructurada que incluye otros trastornos pero centrada en los trastornos de ansiedad. Existen versiones para padres y niños.
- Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes Revisada (Reich, 1997): Entrevista psiquiátrica estructurada con versiones para padres, niños y adolescentes.



Entre las escalas clínicas se destacan:

- La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS): Es una escala gradual clínica desarrollada para el uso con adultos y validada para adolescentes. Evalúa tanto la ansiedad psicológica como la fisiológica.
- La Escala de Ansiedad para Niños Revisada (Bernstein y col., 1996b): una escala gradual clínica, fue modelada tras el HARS con preguntas adaptadas para niños y adolescentes. Posee una exactitud altamente comprobada y discrimina entre los niños con y sin trastorno de ansiedad.

De las medidas de auto-informe (destinadas a evaluar y cuantificar el grado de ansiedad) destacamos:

- Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (March et al, 1997): Esta escala tiene cuatro factores principales de ansiedad, incluyendo los síntomas físicos, evitación, ansiedad social y ansiedad de separación.
- Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada (C-MAS-R): con Preocupación/Sensibilidad en exceso, Preocupaciones Sociales, Concentración, y subescalas psicológicas, así como una subescala de mentira.
- Escala de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC), que evalúa tanto la ansiedad del estado como rasgo.
- Escala Visual Analógica para Ansiedad Revisada (Bernstein y Garfinkel, 1992): evalúa la ansiedad relacionada con situaciones específicas en el formato análogo visual.
- La Escala de Miedos para Niños Revisada (RFSSC): mide temores.
- Escala de Ansiedad Social para Niños Revisada (LaGreca y Stone, 1993): diseñada para medir la ansiedad social.

Los instrumentos para el informe de los padres con múltiples escalas entre las cuales se incluye la de ansiedad:

- Escala de Problemas Conductuales en Niños (CBC).

¿Con qué otros trastornos puede coexistir?

Al menos una tercera parte de los niños con desordenes de ansiedad cumplen criterios para dos o mas trastornos de ansiedad.

Los niños con trastornos de ansiedad cumplen criterios diagnósticos de depresión en un 28%. Estos presentan más sintomatología aguda de ansiedad que los que presentan el trastorno de ansiedad sin depresión.

Entre un 15% y un 24% de los niños con trastornos de ansiedad también presentan un trastorno hipercinético.

¿En qué consiste el tratamiento?

El abordaje terapéutico puede realizarse a través de diversos medios o combinándolos siendo la aproximación multimodal el tratamiento de elección.

¿Cómo abordarlo en niños de preescolar?

Dado que el vínculo inseguro entre los padres y el niño puede ser un factor importante en el desarrollo de síntomas de ansiedad en bebés y en niños en edad preescolar, el tratamiento centrado en mejorar la interacción entre padres e hijo es decisivo.



Se ha demostrado que el ayudar a los adultos ansiosos a resolver las pérdidas y las experiencias traumáticas del pasado mejora la relación padres-hijo. Trabajar con los padres o con la díada padres-hijo es una medida preventiva para la ansiedad y los trastornos de ansiedad más adecuada que tratar individualmente a los niños en edad preescolar.

Asimismo, prestar atención a los factores temperamentales es también una medida preventiva.

¿Cuál es el tratamiento para niños y adolescentes?

En general, es necesario realizar un abordaje multimodal para tratar a un niño o un adolescente con un trastorno de ansiedad.

o Terapia cognitivo-conductual

Integra un abordaje conductual y las técnicas cognitivas. Las técnicas cognitivas se centran en la reestructuración de los pensamientos ansiosos de una manera más positiva, que darán como resultado conductas más asertivas y adaptativas.

En el trastorno de ansiedad por separación, el objetivo del tratamiento es facilitar la separación sin que el niño presente síntomas de ansiedad. Los estudios han mostrado que la exposición así como la desensibilización sistemática son las intervenciones conductuales más efectivas en este tipo de trastorno.

Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, la terapia cognitivo-conductual se muestra efectiva en la mejora del trastorno y se ha demostrado que en los meses de seguimiento las ganancias del tratamiento siguen presentes.

La desensibilización sistemática ha mostrado su eficacia en el tratamiento de las fobias específicas en niños.

o Psicoanálisis

Los datos clínicos sobre el tratamiento psicoanalítico de la ansiedad infantil consisten en informes de casos. Aunque la mayoría de éstos informan sobre resultados favorables, son cuestionables a causa de la falta de grupos de comparación, la ausencia de pre-tratamientos estandarizados y medidas post-tratamiento, y la descripción incompleta de las intervenciones.

Existe una escasez de estudios sistemáticos relacionados con los meritos relativos del tratamiento psicoanalítico a largo plazo.

o Terapia psicodinámica

La psicoterapia psicodinámica es un derivado del psicoanálisis infantil. Algunas de las diferencias incluyen citas menos frecuentes, mayor participación de los padres en el tratamiento, y una utilización más explícita de apoyo activo, guías prácticas e intervenciones ambientales.

Este enfoque está centrado en los miedos y ansiedades subyacentes. Los temas claves del tratamiento de niños con un trastorno de ansiedad incluyen la resolución de algunos aspectos de la separación, independencia y la autoestima.

Los padres deben involucrarse en el tratamiento de forma que aprendan a entender la necesidad de los pacientes para reasegurarse y animar al niño a ser más independiente. Los padres pueden necesitar resolver sus propios factores sobre la separación y otras fuentes de la ansiedad, porque pueden exagerar los miedos o comunicar ambivalencia sobre la seguridad del niño y su autonomía.

Las intervenciones padres-hijo pueden incluir el ayudar a los padres a animar a los niños a enfrentar nuevas situaciones más que refrenarlos de criticismo e intrusividad en exceso, respondiendo a las necesidades del niño, y animándolos a enrolarse en actividades a pesar de la ansiedad.



Esta aproximación terapéutica esta ampliamente practicada y aceptada; un gran numero de informes de casos documentan su utilidad en casos individuales.

Diversos estudios ilustran la utilidad potencial de las técnicas de la terapia de juego para prevenir o mejorar los síntomas de ansiedad.

○ **Terapia Familiar**

La teoría familiar observa los síntomas de ansiedad en los términos interpersonales, y postula que los síntomas de la ansiedad reflejan problemas en el sistema familiar. La investigación de la terapia familiar se ha centrado en las variables familiares para la transmisión entre generaciones de los síntomas y en el mantenimiento de la psicopatología.

Las ansiedades paternas y las actitudes hacia situaciones potenciales productoras de temores pueden ser comunicadas al niño de forma explícita o implícita. Uno o ambos padres puede tener preocupaciones intensas sobre los daños de la separación. En el trastorno de ansiedad por separación, la madre y el niño pueden tener una relación de simbiosis, mientras que el padre es declinado emocionalmente.

Algunos autores sugieren que trabajar con el sistema familiar es la mejor manera de disminuir los síntomas de ansiedad experimentados por el niño. El propósito de la terapia familiar es interrumpir los modelos interaccionales y disfuncionales de la familia que promueven la inseguridad familiar y apoyar las áreas de competencia familiar.

○ **Tratamiento farmacológico**

Los ansiolíticos deben considerarse parte de un plan múltiple de tratamiento. Los fármacos deben tenerse muy en cuenta en niños más mayores y en adolescentes y en aquellos con sintomatología grave. La comorbilidad diagnóstica y el perfil de efectos secundarios son factores importantes a considerar al seleccionar el tipo de ansiolítico.

Actualmente, las medicaciones seleccionadas para tratar los síntomas de la ansiedad incluyen los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (TCA).

Las benzodiazepinas son utilizadas a corto plazo para los síntomas de ansiedad. En caso de ansiedad aguda, es eficaz una benzodiazepina combinada con un ISRS o un TCA durante varias semanas hasta que el antidepresivo comienza a mostrar efectos beneficiosos, tras lo cual la benzodiazepina puede ser eliminada gradualmente.

Inhibidores selectivos de serotonina. Las ventajas de los ISRS incluyen los bajos efectos secundarios y la relativa seguridad ante la sobredosis. No existen prácticamente efectos secundarios cardiacos ni anticolinergicos. La ansiedad puntual y la agitación pueden suceder cuando se inicie o se aumente la dosis de ISRS, si bien se da la tolerancia a estos efectos colaterales. Los efectos beneficiosos en la conducta incluyen descanso motor y desinhibición del comportamiento. Otros efectos secundarios potenciales incluyen insomnio, dolores de cabeza, náuseas y diarrea.

Antidepresivos tricíclicos. Aunque están etiquetados como antidepresivos, los TCA también son utilizados para tratar los trastornos de ansiedad. La experiencia clínica sugiere que algunos niños y adolescentes con rechazo escolar basado en la ansiedad mejoran con los TCA. Asimismo, los informes de caso sugieren que los TCA son efectivos para tratar el trastorno de pánico en niños y adolescentes.



Benzodiazepinas. Diversos estudios indican que esta clase de fármaco puede ser útil para tratar los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes. Los ensayos clínicos indican que las benzodiazepinas son toleradas por los niños con efectos adversos mínimos. La sedación y la somnolencia son los efectos secundarios más comunes. Aunque la tolerancia y la dependencia de las benzodiazepinas no ha sido estudiada en niños, estos fenómenos ocurren en adultos. A causa del potencial para la tolerancia y la dependencia en niños y adolescentes, se recomienda que las benzodiazepinas sean utilizadas solo para tratamientos de corto plazo. El abuso de sustancias en niños y adolescentes es una contraindicación relativa para prescribir las benzodiazepinas

Buspirona. Algunas experiencias clínicas con el buspirona sugieren efectos limitados antiansiedad

Betabloqueantes. Son conocidos por bloquear los síntomas fisiológicos de la ansiedad. Los efectos secundarios pueden incluir la sedación, fatiga, hipertensión, bradicardia y síntomas gastrointestinales. Debido a la falta de datos en niños, los betabloqueantes generalmente no son considerados a menos que otra opción falle.

Antihistaminicos. La difenhidramina y la hidroxizina han actuado como modificadores de los síntomas de ansiedad en niños con varios trastornos psiquiátricos. Sin embargo, no existen estudios controlados virtualmente que evalúen su eficacia.

Neurolépticos. A causa de los riesgos de un deterioro en el funcionamiento cognitivo y de la discinesia tardía, esta clase de medicación no esta recomendada para tratar los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes.