

Trastornos de ansiedad en niños

DR. ARIEL GOLD¹

¿Qué son los trastornos de ansiedad?

Son un grupo de entidades nosológicas psiquiátricas que pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo (niño, adolescente, adulto), pero que adquieren una importancia fundamental en la niñez.

¿Por qué?

En primer lugar porque pese a integrar el grupo de enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la niñez⁽¹⁾, es el de menor consulta.

En segundo lugar, por el nivel de sufrimiento “en silencio” que implica para el que lo padece.

En tercer lugar, por la repercusión emocional, social y eventualmente académica que conlleva.

Y por último por la evolución que puede acarrear cuando no es tratada a tiempo.

¿Cuáles son las características básicas de los trastornos de ansiedad?

Podríamos hacer una larga lista de características, pero preferimos tratar de encontrar el fenómeno psicopatológico común a todas ellas.

Los niños (también los adolescentes y los adultos) portadores de algún tipo de trastorno de ansiedad tienden a tener un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo, difícil de controlar, casi parásito.

Podemos llamarlo pensamiento catastrófico reverberante (CR).

Esta forma de pensar podrá dar lugar a cierto tipo de sentimientos básicos, a saber: excesivo miedo, excesiva vergüenza, excesiva preocupación.

Nótese que remarcamos el adjetivo, ya que la exageración es uno de los problemas cognitivos importantes de los niños portadores de estos trastornos. El miedo, la preocupación y la vergüenza son propios del ser humano. Lo que define la enfermedad es la intensidad o la frecuencia desmedida con la que aparecen, o ambas.

En realidad lo que se exagera es la interpretación de los estímulos que recibimos del medio.

De esta manera, un ruido en la noche se transforma en “un asesino que viene a buscarnos”; una mala calificación en la seguridad de que “perdí el año”; el alejamiento de mis padres porque se van a trabajar en la seguridad de que “no los veré nunca más”; el agua de la playa en la convicción de que “me ahogo”; una discusión entre mis padres, “el divorcio”.

Usted dijo que se trataba de “un conjunto de patologías”

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su última versión (DSM IV TR)⁽²⁾ define un grupo de entidades nosológicas que, si bien tienen en común los elementos descritos anteriormente, se diferenciarán entre sí de tal modo que su abordaje deberá ser diferente.

Nosotros nos referiremos exclusivamente a las que consideramos de mayor importancia en la edad infantil.

Trastornos de ansiedad que pueden manifestarse en la niñez

- Trastorno por ansiedad específico.
- Trastorno por ansiedad de separación.
- Trastorno por ansiedad social.
- Trastorno por ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno por pánico.

¿Podría describir las características más importantes de los cuadros frecuentes en la niñez?

Lo haremos con un criterio de orientación al pediatra en la sospecha diagnóstica.

Lo primero que debe aprender el pediatra es a identificar el ya descrito pensamiento catastrófico reverberante (CR).

1. Psiquiatra de niños y adolescentes. Ex Profesor Adjunto de Psiquiatría Pediátrica. Coordinador de los Cursos de Psicofarmacología Pediátrica. Cátedra de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina UDELAR.

Previamente deberá percibir, o le relatarán sentimientos de intensa vergüenza, preocupación o miedo exagerados.

Luego deberá identificar ante qué situaciones aparecen estos pensamientos.

Con este esquema describiremos algunas características de estos cuadros.

Debemos señalar que la sintomatología que describiremos aparece y desaparece por temporadas, a veces sin un desencadenante claro.

Trastorno por ansiedad específica

Los pensamientos CR aparecerán ante un objeto o situación claramente discernible y circunscripta, ya sea animales, fenómenos de la naturaleza, maniobras médicas, situaciones, lugares, etcétera.

Esto generará un miedo intenso, persistente, que podrá manifestarse por crisis de angustia severa, con pérdida del autocontrol, desencadenando una serie de repuestas físicas que dan idea de la puesta en marcha del sistema de alarma, con manifestaciones neurovegetativas.

A este cuadro se le conoce también como “fobia específica”.

Un tipo de fobia específica importante en la edad escolar o liceal es la fobia escolar.

Dado que la evitación (huida) es el mecanismo más frecuente en la niñez, el ausentismo escolar es uno de los riesgos de esta entidad.

En general es tan intenso el miedo a ir a la escuela que puede constituir una verdadera emergencia psiquiátrica.

Debe aclararse que no es la causa más frecuente de rechazo a ir a la escuela.

Trastorno por ansiedad de separación

Es el trastorno de ansiedad de mayor prevalencia en la infancia.

El pensamiento CR aparecerá ante la separación del hogar o de las personas a las que el niño está afectivamente vinculado.

El pensamiento CR podrá ser del tipo “nunca más voy a ver a mis padres”, “me llevan al supermercado para abandonarme allí”, “se va a caer el avión que los lleva a...”, “me van a secuestrar”, etcétera.

El sentimiento será de preocupación intensa o miedo y podrá manifestarse con signos somáticos, especialmente cefaleas y/o epigastralgias.

Estas manifestaciones ceden ante la comprobación de que sus ideas eran irracionales. Por ejemplo, al reencontrarse con sus padres a la salida de la escuela, o cuando hablan por teléfono con ellos.

Este alivio casi inmediato lleva a que el niño pueda ser subestimado en sus manifestaciones. Cuando a un ni-

ño con ansiedad de separación se lo lleva a la consulta pediátrica por este tipo de dolores y la conclusión es que “no tiene nada” o que “está llamando la atención”, puede desarrollar un problema adicional a su trastorno por ansiedad a saber: la pérdida de esperanza de poder ser ayudado. Esto puede aumentar su trastorno de base. El trastorno por ansiedad de separación es una de las causas más importantes de rechazo escolar y debe diferenciarse de la fobia escolar, ya que su tratamiento es diferente.

Hay estudios que muestran una correlación significativa entre trastorno de ansiedad de separación no tratado en la niñez y trastorno de pánico en la etapa adulta.

Trastorno por ansiedad social

El pensamiento CR aparecerá ante situaciones de exposición social.

El sentimiento predominante es la vergüenza excesiva, con conductas de evitación y rechazo a cualquier situación en la cual haya probabilidad de avergonzarse o ser humillado⁽³⁾. Así, rechazan ir a fiestas o bailes donde no conocen a mucha gente, hablar en público, participar espontáneamente frente a la clase, etcétera.

Por lo general son excesivamente tímidos, serios, con poco contacto visual directo. Estas características pueden complicar el relacionamiento adecuado con otros.

Este trastorno puede tener repercusión importante en el futuro ya que el niño no tratado desarrolla la evitación como mecanismo de defensa primordial y pierde oportunidades de crecimiento personal con sus pares, por miedo.

En nuestra época, la evitación está además reforzada por el uso de la computadora, los videojuegos, etcétera, que pueden generar la prescindencia “del otro” por parte del niño, o la tendencia a conformarse con los “cyber amigos” a través de la actividad del *chat*.

Hay un tipo particular de ansiedad social que se puede manifestar como mutismo selectivo.

Trastorno por ansiedad generalizada

El pensamiento CR aparecerá ante gran número de situaciones del presente, pasado o hechos por venir. El niño está gran parte de su tiempo “preocupado por algo”. En Estados Unidos se les conoce como *worriers*. Son niños estresados crónicos.

Esto se acompaña con manifestaciones físicas de estrés: dolores (musculares, cefaleas, epigastralgias), fatigabilidad fácil, dificultad en concentrarse por momentos (quedan como suspendidos en sus pensamientos). Puede haber repercusión en el sueño, ya sea en los aspectos cuantitativos (insomnio o hipersomnia), como cualitativos (pesadillas).

Pueden presentarse como hiper responsables. Sus padres o maestros los definen como muy maduros, “adultitos”.

Sus pares a veces los rechazan porque sus códigos comunicacionales son diferentes. El nivel académico puede ser excelente, pero a costa de un gran sacrificio ya que les cuesta dejar librado al azar los acontecimientos, por lo que “están condenados” a cumplir con todo lo indicado.

En nuestro país hemos realizado este diagnóstico en niños o adolescentes cuyos pares los definen como trágicos.

El motivo de consulta más frecuente en estos casos fue por dolores inexplicables o falla en la integración social con pares.

La preocupación de estos niños o adolescentes se puede detectar en las preguntas que realizan, preocupados por el futuro, por las guerras, por la muerte, etcétera. Tienen, como característica básica, rasgos obsesivos que se ven en el orden, la necesidad de controlar todo, la preocupación por la puntualidad y tendencia a necesitar certezas.

Trastorno obsesivo compulsivo

En este cuadro los pensamientos son más reverberantes que catastróficos. Se llaman pensamientos obsesivos. El individuo no puede controlarlos pese a que los critica por ridículos o inaceptables (a veces moralmente inaceptables). Ante estos pensamientos se desarrollan actos repetitivos, muchas veces sin un sentido aparente, que también tienen el carácter de parásitos. Se llaman compulsiones o rituales. El carácter ritualista está dado porque detiene momentáneamente las ideas obsesivas, liberando al paciente de este sufrimiento.

En los prepúberes, especialmente los más pequeños aparecen las compulsiones (por ejemplo lavarse las manos cada pocos minutos, verificar los cajones, ordenar constantemente la mochila del colegio, tocar los bordes de los objetos) sin una clara relación con las ideas obsesivas.

Muchos pacientes saben que estos síntomas son raros y se avergüenzan de tener estas actividades o pensamientos, por lo que tratan de ocultarlos.

Muchos están convencidos de que si descubren sus pensamientos los tratarán de locos, por lo que el nivel de sufrimiento es muy grande.

Trastorno por estrés postraumático

Los pensamientos CR aparecen ante la exposición o el recuerdo de un hecho vivido como traumático por el niño. El paciente tiene frecuentemente recuerdos involuntarios del trauma por medio de ideas, imágenes emocionales o pesadillas, tendiendo a evitar estímulos que le

recuerden el trauma de varias maneras. Esto es, evitando ir a los lugares donde el trauma ocurrió, no hablar de lo ocurrido, inhibir actividades, emociones y pensamientos hasta el punto de sufrir períodos de disociación. La exposición al recuerdo del trauma puede causar agitación, agresividad o pánico. Además puede haber repercusión en el sueño, en el sistema de alerta, con hipervigilancia o dificultad en concentrarse, irritabilidad, tristeza y respuesta exagerada a estímulos imprevistos⁽³⁾.

Es el cuadro que aparece con frecuencia en el niño maltratado o abusado sexualmente.

Trastorno por pánico

El pensamiento CR aparece de manera súbita con la idea de que “algo malo está por pasar en estos momentos” (“me estoy muriendo”, “me estoy enloqueciendo”) generando una crisis de angustia severa con todo el cortejo neurovegetativo que implica. Esto de por sí no define al trastorno de pánico. Es una crisis de pánico o angustia severa. Es una experiencia muy desagradable.

El cuadro podrá aparecer en el futuro, en la medida que el pensamiento CR vuelve a aparecer pero esta vez con la idea de que “lo malo que va a pasar” es que me va a volver el “ataque de pánico”. El miedo a tener ese miedo es lo que define el trastorno de pánico. Dado que el paciente en algunos casos no puede estar en lugares donde se siente desprotegido (shopping, estadio, etcétera) se le define como trastorno de pánico con agorafobia. Cuando esto no sucede tenemos un trastorno de pánico sin agorafobia.

Es un cuadro poco frecuente en la niñez. Muy frecuente en los jóvenes y adultos.

¿Se conoce la prevalencia de estos cuadros?

En nuestro país no existen estudios de prevalencia en patología psiquiátrica en niños.

En EE.UU. los estudios muestran una prevalencia de alrededor de 10%⁽³⁾, lo que ubica estos trastornos entre los más frecuentes en la patología psiquiátrica infantil.

Sin embargo, en los estudios realizados en policlínicas especializadas, la prevalencia en la consulta no es de las más altas. O sea, son cuadros muy prevalentes en el niño, pero poco diagnosticados.

¿Por qué son poco diagnosticados si su prevalencia es tan alta?

Las razones pueden ser varias.

El niño no consulta solo. Lo lleva a consultar un adulto.

Para que esto ocurra, el adulto a cargo debe estar motivado. Las razones de mayor motivación para consultar

en salud mental infantil son los problemas de conducta y el bajo rendimiento académico.

Gran parte de los niños con trastorno de ansiedad pueden presentarse sin estas características.

La consulta en primer lugar se realiza al pediatra. Si este no tiene la información adecuada o suficiente, corre el riesgo de interpretar parte de la sintomatología como una forma de ser del niño, quedarse con la máscara somática, o asumir que es un simple llamado de atención.

Este último punto nos parece importante como concepto. Cuando un niño tiene dolores de cualquier tipo, y se han descartado causas orgánicas, debemos saber que es muy poco frecuente que un niño invente esto. Pero incluso si un niño tuviera que inventar un dolor para llamar la atención, sin duda necesita ayuda especializada. Por lo tanto debe realizarse la consulta correspondiente.

A estas razones debemos agregar que, como dijimos anteriormente, la sintomatología puede desaparecer espontáneamente para volver a aparecer en otras circunstancias, por lo que los padres prefieren esperar a que el tiempo solucione el problema.

¿Qué especialista debe realizar el diagnóstico y tratamiento?

La derivación debe ser realizada al psiquiatra de niños y adolescentes dado que es el especialista en salud mental infantil con mayor formación en aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Y estos tres factores están presentes en estos cuadros y deben ser abordados en su conjunto.

Esto nos lleva al tema de la etiología

Tal vez la forma más criteriosa de plantear la etiología de estos cuadros sea remitiéndonos a las palabras de una autoridad en psiquiatría de niños, el Dr. Boris Birmaher, profesor de la Universidad de Pittsburgh (Pennsylvania, EE.UU.), uno de los centros de referencia en trastornos de ansiedad en la niñez y adolescencia.

“Aunque la etiología de los trastornos de ansiedad no se ha clarificado, los factores biológicos, cognitivos y ambientales o la combinación de ambos han sido asociados con un incremento en el riesgo de padecer estos trastornos”⁽³⁾.

¿Podríamos abordar brevemente cada uno de estos factores?

Los aspectos biológicos refieren en primer lugar a factores genéticos. Estudios en gemelos idénticos avalan esta hipótesis.

Por otro lado, las posibles bases biológicas estarían relacionadas con alteraciones en el funcionamiento de los sistemas de neurotransmisión del sistema nervioso

central, fundamentalmente noradrenérgicos, serotonérgicos y gabaérgicos.

Sobre esta predisposición biológica podrá actuar un ambiente sobreprotector, aprehensivo, generador de inseguridad y/o miedo, desencadenando una forma de interpretar el mundo exagerada, irracional, catastrófica.

Los estudios realizados fundamentalmente en niños y adultos portadores de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), muestran alteraciones significativas a nivel de ganglios basales y su conexión con corteza prefrontal. Estos circuitos serían fundamentalmente serotoninérgicos y esto va a tener una connotación importante en la terapéutica.

Incluso, ciertas enfermedades que también afectan estos circuitos se acompañan frecuentemente de sintomatología obsesivo compulsiva (por ejemplo corea de Sydenham, enfermedad de tics crónicos conocida como trastornos de Gilles de La Tourette).

Desde hace varios años se viene identificando un grupo de niños que desarrollaron sintomatología tipo TOC unos meses después de haber contraído una faringitis estreptocócica⁽⁴⁾. Se plantea la hipótesis del desarrollo de inmunidad cruzada contra ciertas neuronas de los ganglios basales. En alguno de estos niños, la sintomatología remitió totalmente al realizarse la remoción de los anticuerpos de la sangre.

Hay autores que plantean determinados antígenos linfocitarios como marcadores para la predisposición a desarrollar TOC.

¿Cuáles son las modalidades de tratamiento?

Los tres pilares del tratamiento son: psicoeducación, psicoterapia, psicofarmacología.

De acuerdo a lo que hemos venido planteando, el tratamiento biológico se transforma en una herramienta fundamental. Los fármacos que han demostrado eficacia son los que actúan sobre el sistema serotoninérgico, fundamentalmente los inhibidores selectivos de la recaptación serotoninérgica⁽⁵⁾. En este sentido, nos parece fundamental señalar que el tratamiento debe ser indicado y guiado por el psiquiatra. El uso de psicofármacos en niños es un arte que exige tener en cuenta una serie de conocimientos que no son sólo la indicación y la dosis, sino lo que implica para un niño y su familia recibir una sustancia que va a actuar en su cerebro.

¿Qué puede decirnos del uso de ansiolíticos?

Los ansiolíticos más comunes son del grupo de las benzodiazepinas. Estas actúan a nivel del sistema gabaérgico, que no está totalmente desarrollado en la edad infantil.

Nosotros limitamos el uso de benzodiazepinas en niños a casos muy concretos ya que son sustancias poten-

cialmente adictivas y tienen efectos cognitivos no deseados en esta etapa del desarrollo como la afectación del sistema de atención y memoria.

¿Qué implica el abordaje psicoterapéutico?

En líneas generales, la psicoterapia es una forma de abordaje que utiliza fundamentalmente la palabra para definir y resolver determinada problemática.

Hay distintas modalidades que dependen del marco teórico, de las hipótesis que se manejen en la causa de la enfermedad.

En los trastornos de ansiedad la modalidad psicoterapéutica que ha mostrado ser eficaz es la terapia cognitivo conductual⁽⁶⁾. Se basa en ayudar al niño o adolescente a identificar los pensamientos CR y darles estrategias para modificarlos. Esto se hace con diferentes técnicas, dependiendo de la edad y posibilidades intelectuales del paciente.

Los estudios publicados muestran mayor éxito con la combinación de fármacos y terapia cognitivo conductual que cada uno de estos abordajes aislados.

¿Cuál es la probable evolución si no se tratan?

Estudios prospectivos y retrospectivos, realizados fundamentalmente en EE.UU., muestran una serie de complicaciones en un porcentaje significativo de niños portadores del trastorno de ansiedad no tratados.

Las evoluciones más frecuentes tienen que ver con la repercusión a nivel académico o laboral, relacional social y emocional⁽⁷⁾. En este sentido, se ha detectado un porcentaje muy importante de adultos portadores de depresión mayor, que previamente tenían trastorno de ansiedad que no había sido tratado en la niñez o adolescencia. La comorbilidad depresión/ansiedad es muy frecuente y en la amplia mayoría de los casos aparece primero el trastorno de ansiedad. Recordemos que la depresión mayor es una enfermedad potencialmente mortal.

Hay estudios que señalan una correlación significativa entre el alcoholismo y los trastornos de ansiedad.

Por último, ¿qué nos puede decir de los aspectos psicoeducativos?

La psicoeducación implica tratar de decodificar conceptos que desde el punto de vista psicológicos pueden ser de alta complejidad conceptual, para hacerlos comprensibles y transformarlos en herramientas útiles para ayudar al niño. Los dos grupos de adultos significativos para el niño serán sus padres y sus maestras. Pero junto a ellos está el referente médico fundamental que es el pediatra. Es necesario contar con el apoyo de todos estos adultos para que el abordaje de estos cuadros por parte del psiquiatra pediátrico sea efectivo.

Los datos que hemos compartido con ustedes nos parecen un paso importante en el proceso psicoeducativo.

Referencias bibliográficas

1. **Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA.** DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(1): 69-76.
2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2002.
3. **Birmaher B, Villar L.** Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. In: Meneghello J, Grau Martínez A, eds. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2000: 323-33.
4. **Murphy TK, Goodman WK, Fudge MW, Williams RC Jr, Ayoub EM, Dalal M, et al.** B lymphocyte antigen D8/17: a peripheral marker for childhood-onset obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome? *Am J Psychiatry* 1997; 154(3): 402-7.
5. **Birmaher B, Waterman GS, Ryan N, Cully M, Balach L, Ingram J, et al.** Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(7): 993-9.
6. **Poling K.** Child and adolescent anxiety: a handbook for families. 2 ed. University of Pittsburgh, 1997.
7. **March JS.** Anxiety disorders in children and adolescents. New York: Guilford, 1995.

Correspondencia: Dr. Ariel Gold
E-mail: arigold@adinet.com.uy

CON EL INTENTO DE AGILITAR Y MEJORAR LOS TIEMPOS DE PUBLICACIÓN
DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES Y CASOS CLÍNICOS

**LOS ÁRBITROS REALIZARÁN HASTA DOS CORRECCIONES Y EL PLAZO DE ENTREGA A
LOS AUTORES Y SU DEVOLUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES COMO MÁXIMO**