

# Trastornos de ansiedad en la

T r a s t o r n o s   d e   a n s i e d a d   e n   l a

# infancia y la adolescencia

i n f a n c i a   y   l a   a d o l e s c e n c i a

## Paula Tayeh, MD

Médica cirujana, Universidad Nacional de Colombia  
Especialista en Psiquiatría, Fundación Universitaria Sanitas  
*Fellow* Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Universidad El Bosque

## Patricia María Agámez González, MD

Médica cirujana, Universidad Libre de Barranquilla  
Residente de Psiquiatría, Universidad El Bosque

## Roberto Chaskel, MD

Especialista en Psiquiatría de Niños y Adolescentes  
Coordinador, Psiquiatría de Niños y Adolescentes  
Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada  
Departamento de Salud Mental, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
Universidad de los Andes  
Universidad El Bosque

## Introducción

Los trastornos de ansiedad son condiciones comunes en la infancia y adolescencia, con una prevalencia mundial que oscila en la literatura médica entre el 4% y 32%. Impactan negativamente la autoestima, las relaciones sociales, el rendimiento académico, la vida familiar y los futuros logros ocupacionales. Coexisten con otros trastornos del estado de ánimo o conductuales, y suelen ser fuertes predictores de trastornos de ansiedad en la vida adulta y de otras psicopatologías.

A pesar del gran impacto que generan en la salud pública, y en la vida de los pacientes y sus familias, estos trastornos suelen no ser

diagnosticados y, por lo tanto, no ser tratados en los pacientes pediátricos. Por lo general la búsqueda de ayuda médica se da tardíamente, por parte de los padres, cuando los síntomas ansiosos ya llevan meses o, incluso, años instaurados, y empiezan a generar disfunción en la vida del niño, o aumentan de severidad hasta hacerse intolerables.

Los primeros en ser consultados usualmente son los pediatras; por ende, es de vital importancia que todo pediatra comprenda y esté capacitado para realizar un reconocimiento temprano de estos trastornos, que garantice un manejo oportuno para minimizar el compromiso funcional que generan si no son tratados.

El objetivo del presente artículo es proporcionar a la comunidad de pediatras un resumen actualizado y conciso de la evaluación y manejo de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.

## Diagnóstico

Para una comprensión adecuada de la *ansiedad*, es preciso diferenciarla del *miedo*, que es el estado cerebral desencadenado por una amenaza, estímulo que genera en los organismos un esfuerzo para evadirlo. La ansiedad es un estado cerebral muy similar al miedo, pero que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante. Tanto el miedo como la ansiedad representan reacciones normales ante el peligro, que coexisten y se superponen. El miedo se asocia a menudo con síntomas de excitación autonómica necesarios para las conductas de lucha o huida, pensamientos de peligro inmediato y de escape, mientras que la ansiedad se asocia más con tensión muscular, aumento de la vigilancia en preparación para el futuro peligro y comportamientos prudentes o de evitación. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se reduce por medio de conductas de evitación generalizadas.

Tanto el miedo como la ansiedad se presentan de forma normal por períodos breves durante ciertas etapas del desarrollo, con fluctuaciones relativas a la edad, las cuales son bastante similares en las diferentes culturas. En los infantes (0-18 meses), es común que se presente ansiedad ante los extraños y ante la separación de las figuras de apego. En edades escolares tempranas, son frecuentes los temores a sufrir lesiones físicas o enfermedades o a que las sufran los familiares cercanos. En la adolescencia, suele presentarse miedo a ciertas situaciones sociales y ansiedad acerca de su competencia en diversas áreas.

Para realizar un diagnóstico de trastorno, debe existir deterioro significativo o interferencia en alguna esfera del funcionamiento diario del paciente (escolar, familiar, social). Las conductas

evitativas desencadenadas típicamente por la ansiedad suelen generar interferencia en el funcionamiento de los niños, ya que los llevan a evadir muchas experiencias que sus pares disfrutan. Cuando el grado de angustia del niño evocado por un peligro es considerado extremo en relación con el de sus pares, la ansiedad es calificada como *anormal*.

Una vez que se identifican los síntomas ansiosos en un niño o adolescente, es necesario realizar una evaluación completa, la cual debe incluir entrevista con el paciente, entrevista con uno de los padres, cuidadores u otro adulto que conozca bien al niño y pueda informar sobre su comportamiento pasado y actual. También es esencial evaluar los antecedentes completos, incluidos los familiares, por la influencia genética y ambiental en la génesis de estos, las condiciones del desarrollo neurológico y el uso de drogas y alcohol.

Los trastornos de ansiedad pediátricos se diagnostican de acuerdo con el cumplimiento de una serie de criterios. Aunque existen varias clasificaciones, la más utilizada en Colombia es la del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). La última edición, de 2013, contiene varios cambios relativos a los trastornos de ansiedad con respecto a las ediciones anteriores. Incluye dentro de la categoría de trastornos de ansiedad: la fobia específica, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social (anteriormente llamado fobia social), el trastorno de pánico y la agorafobia, la cual por primera vez es clasificada como un diagnóstico independiente, ya que antes estaba exclusivamente ligada al trastorno de pánico. Adicionalmente incluye el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo. El trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo, que anteriormente eran considerados parte de los trastornos de ansiedad, salieron de esta categoría, y ahora son catalogados independientemente como: *trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados*, y *trastornos*

*relacionados con el trauma y eventos estresores.* Consistentemente con los cambios del DSM-5, en el presente artículo no se ampliará respecto a esos trastornos.

La mayoría de los criterios diagnósticos usados para los trastornos de ansiedad pediátricos son los de la población adulta, con pocas adaptaciones para los niños y adolescentes. Aunque la *unificación* de los criterios diagnósticos de ansiedad de los adultos con los de los niños y adolescentes promueve la identificación de factores de riesgo tempranos para la ansiedad crónica, tiene como desventaja que puede llevar a considerar enfermedad las diferentes manifestaciones de ansiedad no patológicas, que se presentan típicamente a lo largo del desarrollo infantil, si no se tienen en cuenta la existencia y las edades normales de cada una a la hora de realizar diagnósticos de trastornos de ansiedad.

Con el fin de minimizar el sobrediagnóstico de los trastornos de ansiedad en edades pediátricas por confusión con los miedos transitorios normales del desarrollo, el DSM-5 amplió el criterio del tiempo mínimo que deben estar presentes los síntomas ansiosos, a 6 meses para los pacientes menores de 18 años de edad.

Existen además una variedad de escalas para padres, niños y adolescentes, específicas para cada trastorno, que son valiosas como herramientas adyuvantes al diagnóstico clínico, puesto que ayudan a diferenciarlos y permiten identificar, entre otros, los niveles de angustia del niño y los progresos durante el seguimiento del tratamiento psiquiátrico.

Cada trastorno de ansiedad se diagnostica solo cuando los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia/ medicamento o a otra condición médica, y no se explican mejor por otro trastorno mental.

## Epidemiología

Según los estudios epidemiológicos, entre el 2,8% y 32% de los niños y adolescentes pueden sufrir un trastorno de ansiedad. Los rangos varían de acuerdo con la definición de los trastornos utilizada en las diferentes investigaciones, al igual que en los métodos y las edades de los sujetos, entre otras variables. Se ha documentado una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad pediátricos en el género femenino, tanto en estudios basados en escalas de autorreporte como en los basados en entrevistas. Es de notar que la predominancia de ansiedad femenina emerge antes de la pubertad, lo cual es más temprano que la emergencia de la depresión, que se manifiesta típicamente en las niñas durante la pubertad, excepto en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, que sigue un patrón de inicio más tardío, similar al de la depresión, siendo más frecuente en las adolescentes.

El trastorno de ansiedad de separación tiene un inicio más temprano que los demás trastornos de ansiedad, y su prevalencia disminuye con la edad. El trastorno de ansiedad social, en contraste, muestra un aumento de la prevalencia durante la adolescencia, lo cual es consistente con la trayectoria y eventos normales del desarrollo.

La evidencia más fuerte respecto a la asociación entre el estrato socioeconómico y la ansiedad pediátrica se ha encontrado en las fobias específicas, las cuales, al igual que los miedos típicos de las diferentes edades, se presentan con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos bajos. Los datos relativos a los otros trastornos son menos consistentes y los datos respecto a las diferencias transculturales de estos trastornos son hasta el momento inconsistentes.

## Teorías etiológicas biológicas

Los trastornos de ansiedad pediátricos representan condiciones complejas que resultan de la interacción de múltiples factores de riesgo y factores predisponentes. Los avances en la investigación han permitido tener un marco neurobiológico sobre el cual se pueden formular hipótesis de modelos etiológicos. Las tecnologías avanzadas de investigación genética y de neuroimágenes han permitido evaluar estos modelos.

La mayoría de las teorías etiológicas reconoce la complejidad de las vías de causalidad, inclinándose hacia un modelo comprensivo de la enfermedad que se centra en cuatro factores, expuestos a continuación.

### Influencias genéticas y ambientales

Los estudios de familia y de gemelos han mostrado una fuerte asociación entre la ansiedad en los padres y la de sus hijos, y un componente genético estadísticamente significativo en varios trastornos de ansiedad. Es poco probable que estas influencias genéticas y ambientales predispongan directamente a los trastornos de ansiedad, pero moldean los procesos fisiológicos básicos que luego influyen el riesgo de presentar ansiedad.

Se ha demostrado que existe una influencia genética en el condicionamiento del miedo, que es el proceso por el cual se forma la asociación entre un estímulo neutral (como una luz) y un estímulo nocivo (como una descarga eléctrica). Este proceso parece subyacer a los trastornos de ansiedad, pero la naturaleza precisa de la relación entre el condicionamiento del miedo y la ansiedad aún no se ha develado por completo.

En cuanto a los genes específicos, los estudios recientes se han enfocado en un polimorfismo de la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTT) consistente en inserción o

delección de 44-bp. Los individuos con la forma corta del gen (ss o sl) han demostrado presentar mayor neuroticismo, conductas evasivas hacia el peligro y ansiedad que los individuos homocigotos para la variante larga. Un polimorfismo del número de repeticiones tándem en el segundo intrón del gen transportador de la serotonina (5-HTT) también se ha asociado con aumento del riesgo de trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo.

A pesar de esta evidencia genética, los trastornos de ansiedad generalmente tienen un gran componente ambiental. Se ha demostrado que los padres con diagnósticos de trastornos de ansiedad suelen utilizar pautas de crianza que afectan el riesgo de ansiedad de sus hijos. Por ejemplo, se ha encontrado que los padres de niños ansiosos suelen fomentar directa e indirectamente patrones de respuesta poco adaptativos ante situaciones ambiguas, presentar conductas intrusivas o controladoras, y modelar ellos mismos las conductas ansiosas a sus hijos. Por lo tanto, la asociación familiar entre la ansiedad de padres e hijos bien puede ser el resultado de efectos directos de estas conductas, o puede darse a través de las interacciones paterno-filiales, en asociación con la predisposición genética.

### Circuitos neuronales responsables del procesamiento de emociones

Los mecanismos fisiológicos de procesamiento de emociones, como el del condicionamiento del miedo, reflejan la influencia que tienen los genes y el ambiente en los aspectos funcionales de las regiones cerebrales involucradas en el miedo y en los circuitos de recompensa, que incluyen el núcleo estriado, los sistemas límbico y paralímbico, entre estos la amígdala, la corteza orbitofrontal y la corteza del cíngulo anterior. Estas áreas están altamente interconectadas y desempeñan un papel significativo en la integración de las experiencias emocionales internas y externas.

La amígdala se reconoce como el componente central de los circuitos neuronales subyacentes a los trastornos de ansiedad, debido a que tiene un papel importante en el condicionamiento del miedo (proceso básico mediante el cual se desarrolla el miedo ante un estímulo previamente neutral).

La corteza orbitofrontal es la segunda estructura directamente implicada en el procesamiento de emociones que se encuentra alterado en los trastornos de ansiedad, y su función en este procesamiento incluye la representación mental flexible de los reforzadores positivos y negativos.

La corteza del cíngulo anterior actúa como reguladora de las respuestas emocionales. Se ha demostrado una disminución de su actividad al inducir la ansiedad en individuos sanos, y se han encontrado hallazgos similares en pacientes con trastorno de estrés postraumático, quienes no presentan activación normal de la corteza del cíngulo anterior ante estímulos relacionados con el combate.

### Procesos fisiológicos

Existen múltiples investigaciones que evalúan la asociación entre los distintos tipos de ansiedad y las funciones fisiológicas de procesamiento de información, como la atención y la motivación. Los hallazgos más consistentes sugieren que entre las características cognitivas que más se relacionan con la ansiedad y el miedo en humanos están los sesgos atencionales para los estímulos asociados con peligro.

Se han encontrado niveles similares de sesgo atencional en los distintos trastornos de ansiedad, pero con diferencias en los estímulos particulares que ocasionan dichos sesgos. El sesgo hacia la amenaza también es evidente en las interpretaciones de la ambigüedad. Los niños con trastornos de ansiedad son más propensos a interpretar los estímulos ambiguos como amenazantes.

### Tendencias conductuales, incluido el temperamento

Estos procesos fisiológicos centrales parecen subyacer también a las tendencias conductuales, tales como el temperamento en edades tempranas y el desarrollo ulterior de trastornos de ansiedad. La inhibición conductual es un factor temperamental medible durante los primeros años de vida que ha demostrado en algunos estudios ser predictor de la aparición ulterior de trastornos de ansiedad. Los niños con temperamentos caracterizados por la inhibición conductual reaccionan a las situaciones novedosas con reticencia o retirada. La mayoría de los niños con inhibición conductual no desarrollan trastornos de ansiedad, pero tienen un alto riesgo de presentarlos y, especialmente, de desarrollar una fobia social.

## Características clínicas principales de los trastornos de ansiedad en pediatría

### Trastorno de ansiedad de separación

En el DSM-5, el trastorno de ansiedad de separación (TAS) se define como “ansiedad inapropiada y excesiva para el nivel de desarrollo, relacionada con la separación del hogar o de las figuras de apego”. La característica esencial de la ansiedad por separación es la preocupación o temor excesivo a perder o separarse permanentemente de la figura principal de apego, o a eventos que podrían conducir a esta pérdida o separación. Las manifestaciones de esta ansiedad incluyen angustia recurrente y excesiva y/o quejas somáticas recurrentes cuando se da o se anticipa la separación del hogar o de las figuras principales de apego. El TAS puede incluir pesadillas sobre la separación y una negación persistente a irse a estar o dormir solo, sin la presencia cercana de una figura de apego principal. Los motivos principales por los cuales los padres consultan o buscan tratamiento suelen ser la negación a

asistir al colegio, o las quejas somáticas excesivas en el contexto de las separaciones anticipadas o reales de las figuras de apego.

Otros criterios diagnósticos del TAS incluyen la duración de los síntomas, que debe ser mayor a 6 meses, y que los síntomas deben causar deterioro clínico significativo a nivel social, académico y/u ocupacional. El inicio debe ser antes de los 18 años de edad, y generalmente después de los 6 años de edad, teniendo en cuenta que es apropiado entre los 7 meses y los 6 años de edad sufrir cierto grado de ansiedad ante la separación. Sin embargo, si se cumplen los criterios para el trastorno antes de los 6 años, se clasifica como *trastorno de ansiedad de separación de inicio temprano*.

El TAS se considera un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno de pánico o agorafobia en la adolescencia o en la adultez. Sin embargo, no todos los estudios longitudinales de niños con TAS soportan esta asociación con el trastorno de pánico, y los estudios familiares soportan más la asociación entre el TAS en los niños y el trastorno de pánico en sus padres.

## Trastorno de ansiedad social

Según el DSM-5, se define como el miedo persistente a una o más situaciones sociales en las cuales la persona está expuesta a personas desconocidas o al escrutinio o juicio de otros. En el trastorno de ansiedad social, la amenaza a la exposición a las situaciones sociales mencionadas produce ansiedad severa e incluso ataques de pánico. Las situaciones temidas incluyen hablar o desempeñarse en público, comer o beber en público, asistir a reuniones sociales y hablar con desconocidos. La ideación cognitiva prevalente es el temor a ser evaluado negativamente por los demás, a ser avergonzado, humillado, rechazado, o a ofender a otros.

Este trastorno interfiere con el funcionamiento diario debido a que quienes lo padecen tratan de evitar las situaciones que les producen

ansiedad, y cuando no lo logran, las afrontan con angustia intensa. Los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad social tienden a enfocarse excesivamente en sus preocupaciones sobre ser evaluados negativamente, ser avergonzados o rechazados. Típicamente experimentan síntomas disautonómicos, como calor y ruborización del rostro y el cuello, sensación de aturdimiento, mareo, malestar gastrointestinal y temblores, cuando se enfrentan a las situaciones temidas.

Cuando este trastorno no es tratado, puede llevar a negación a asistir al colegio, deserción escolar temprana y fracaso en el ingreso a la vida laboral. En adolescentes mayores, suele interferir en su desarrollo ocupacional y en el establecimiento de relaciones de pareja, lo que genera una disfunción ulterior en sus relaciones.

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial entre el trastorno de ansiedad social y los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento, como el síndrome de Asperger, en los cuales también se presenta un déficit en las habilidades sociales y ansiedad ante situaciones sociales. Una forma de diferenciarlos es determinando si el niño tiene la capacidad para entablar relaciones sociales adecuadas con personas conocidas, en cuyo caso se realiza el diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

## Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por un patrón de preocupación excesiva e incontrolable que causa deterioro en el funcionamiento diario y se acompaña de mínimo uno de los síntomas asociados en los criterios diagnósticos del DSM, durante al menos 6 meses.

La preocupación no es confinada a una sola área temática y generalmente se centra en la aprobación, la competencia, los eventos futuros y otras situaciones nuevas o poco familiares. Estos niños buscan constantemente validación externa por parte de terceros, la cual solo logra

aliviar leve y temporalmente su ansiedad. Son comunes las manifestaciones somáticas, como cefaleas, malestar estomacal, dolores musculares y alteraciones del sueño. Por lo anterior, suelen ser llevados al pediatra y no a psiquiatría. También pueden quejarse de imposibilidad para estar relajados, sensación de vivir en el límite y suelen ponerse irritables cuando están preocupados.

Se ha propuesto también que el TAG en la adolescencia es un precursor de un trastorno depresivo; sin embargo, la evidencia no es concluyente y hacen falta estudios longitudinales del TAG.

## Fobias específicas

Las fobias específicas se definen como miedos marcados y persistentes que son excesivos o no razonables e interfieren con el funcionamiento diario, y que son desencadenados por la presencia o la anticipación de un objeto o situación específicos (como volar, animales, alturas, sangre, entre otros). La exposición al estímulo fóbico produce casi siempre una respuesta ansiosa, como un ataque de pánico. El miedo, la ansiedad o la evitación son casi siempre inmediatamente inducidos por la situación fóbica, en un grado que es persistente y fuera de proporción con el riesgo real que plantea. En los niños, estas respuestas pueden manifestarse como pataletas, llanto, quedarse estáticos, como paralizados, o aferrarse fuertemente. También pueden presentar aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, malestar estomacal e hiperventilación. Los niños generalmente no reconocen que su miedo es excesivo o irracional. Para el diagnóstico en la infancia, los síntomas fóbicos deben estar presentes como mínimo durante 6 meses.

Las fobias específicas se agrupan en cinco categorías:

- Animales: el miedo es desencadenado por animales o insectos (arañas, serpientes).
- Ambientales-naturales: el miedo es desencadenado por objetos o eventos de la naturaleza, como las tormentas, las alturas o el agua.

- Sangre o inyecciones: miedo a ver sangre o heridas, o a recibir una inyección.
- Situacional: desencadenada por situaciones específicas, como volar, usar ascensores o cruzar puentes.
- Otros tipos: reúne todas las demás situaciones y objetos, incluye el miedo a atorarse, o a personajes disfrazados.

## Ataques de pánico y trastorno de pánico

Los ataques de pánico son episodios aislados y temporales de miedo o malestar intensos, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos. Se acompañan de síntomas físicos y/o cognitivos e incluyen al menos cuatro síntomas de los siguientes:

- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo
- Sensación de atagantamiento
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo
- Desrealización o despersonalización
- Miedo a volverse loco o descontrolarse
- Miedo a morir
- Parestesias (hormigueos o entumecimientos)
- Escalofríos o sofocaciones.

Los síntomas más comúnmente reportados en los adolescentes con ataques de pánico son: temblor, mareo, desmayos, taquicardia, náuseas, sensación de ahogo y sudoración excesiva. Los síntomas cognitivos, como el miedo de volverse loco o de morir, son reportados con menos frecuencia en niños y adolescentes que los sintomáticos.

Los ataques de pánico se pueden presentar como respuesta a un objeto o situación temida o inesperadamente, lo que significa que el ataque de pánico se produce sin ninguna razón aparente. Sin embargo, los que corresponden

a un trastorno de pánico son únicos en el sentido en que ocurren espontáneamente, sin un detonante específico.

Los ataques de pánico pueden ocurrir también como manifestación de otros trastornos de ansiedad, incluidas las fobias y el trastorno de ansiedad social, pero no se limitan a estos. Se presentan también en otros trastornos mentales, como los secundarios al consumo de sustancias psicoactivas, trastornos depresivos y psicóticos.

Teniendo en cuenta que los síntomas fisiológicos prevalecen durante los ataques de pánico, el paciente y sus padres tienden a suponer que sus síntomas son más de índole física, por lo que es habitual que consulten al servicio de urgencias y peregrinen por diferentes especialistas hasta obtener el diagnóstico adecuado.

El trastorno de pánico es la condición en la cual se experimentan ataques de pánico inesperados, sin detonante específico, acompañados por una preocupación o temor persistente a que ocurra un nuevo ataque, o modificaciones de la rutina diaria o de las conductas a causa de los ataques, con el fin de evitarlos (por ejemplo, evitar ir a lugares desconocidos, evitar hacer ejercicio).

En los niños pueden presentarse ataques de pánico nocturnos, que despiertan de manera espontánea al paciente. El temor severo a presentar un ataque de pánico en lugar de la aprehensión a encarar cierto estímulo específico apoya el diagnóstico de trastorno de pánico.

Los ataques de pánico también pueden ser causados por una variedad de condiciones médicas, que incluyen hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, disfunción vestibular, trastornos convulsivos y enfermedades cardíacas. Por lo tanto, se deben realizar paraclínicos completos y un buen examen físico para descartar estas causas antes de realizar el diagnóstico de trastorno de pánico.

Cuando el pánico se asocia con síntomas cardíacos, es importante una valoración pediátrica juiciosa que incluya la revisión del electrocardiograma y el definir la pertinencia de la interconsulta a cardiología pediátrica.

## Agorafobia

El diagnóstico se realiza cuando el paciente presenta temor, ansiedad o preocupación excesiva y, por consiguiente, evitación ante dos o más de las siguientes situaciones: el uso de transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, estar de pie en línea, estar en una multitud, estar fuera de la casa, estar solo.

Las situaciones más comúnmente temidas y evitadas por los niños con agorafobia incluyen lugares donde hay muchas personas desconocidas, como los restaurantes, las multitudes o los auditorios.

El niño teme estas situaciones debido a pensamientos recurrentes de que podría ser difícil, embarazoso o humillante escapar de estas, y que podría no disponer de ayuda en caso de desarrollar síntomas de angustia u otros síntomas incapacitantes durante ellas. Estas situaciones casi siempre son evitadas por el paciente y, cuando es primordial enfrentarlas, requieren la presencia de un acompañante y las enfrentan con extrema ansiedad, o con ataques de pánico; en el caso de los niños, con llanto y pataletas.

## Mutismo selectivo

El mutismo selectivo se caracteriza por una falla consistente para hablar en situaciones sociales en las que existe la expectativa de que hable (por ejemplo, en el colegio), a pesar de tener un adecuado desarrollo y uso del lenguaje en casa, con la familia, o en otros lugares o situaciones. El hecho de no hablar tiene consecuencias significativas en el rendimiento académico e



interfiere con la comunicación social normal del niño/adolescente.

## Comorbilidad

Los trastornos de ansiedad en niños se presentan con gran frecuencia de forma comitante con otros trastornos de ansiedad y con otras patologías psiquiátricas. El 39% de los niños y el 14% de los adolescentes cumplen criterios para más de un trastorno de ansiedad. Los ataques de pánico y el trastorno de ansiedad social (TAS) son los que tienen mayor tasa de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.

El TAS tiene mayor comorbilidad con otros trastornos de ansiedad que el TAG, asociándose con mayor frecuencia a fobias específicas en los niños. A su vez, los niños con TAG y TAS son más propensos a presentar otros trastornos afectivos.

En cuanto al género, se ha encontrado que la presencia de más de un trastorno de ansiedad durante la infancia y la adolescencia es casi exclusiva en el género femenino.

El TAG es el que se asocia con mayor frecuencia con trastorno depresivo mayor, y esta asociación tiende a persistir hasta la vida adulta. Los niños con esta comorbilidad suelen presentar más síntomas ansiosos y mayor compromiso funcional que los que solo presentan TAG. Aproximadamente el 30% de los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad presenta trastornos de ansiedad comórbidos.

Adicionalmente, las niñas con trastorno por déficit de atención sin hiperactividad tienen mayor comorbilidad con TAS, mientras que las que presentan déficit de atención con hiperactividad tienen mayor comorbilidad con TAG. Los niños, por su parte, muestran mayor comorbilidad con trastorno oposicional desafiante y con otros trastornos conductuales.

De los niños con diagnóstico de mutismo selectivo, el 68% presenta diagnóstico comórbido de TAS. Los niños con trastornos de ansiedad, especialmente TAS y fobias específicas, manifiestan con alta frecuencia rechazo a asistir al colegio (fobia escolar), que, a pesar de no estar clasificada como un trastorno en el DSM, es una condición que altera la funcionalidad, ya que genera ausentismo prolongado al colegio y gran sufrimiento al paciente.

La naturaleza de la ansiedad y las conductas asociadas con la fobia escolar tienden a cambiar con la edad, al igual que los eventos precipitantes. Por ejemplo, el miedo a la separación es más común en niños pequeños, mientras que los temores a la evaluación social, a los profesores y al rechazo de los pares se presentan en niños mayores y adolescentes.

## Curso de los trastornos de ansiedad pediátricos

La mayoría de los estudios prospectivos evalúan el desenlace longitudinal de los trastornos de ansiedad en general más que de los específicos. Los estudios de trastornos específicos sugieren, por su parte, que el trastorno de ansiedad generalizada presenta una asociación robusta con trastornos de ansiedad y depresión mayor en la adultez. Los datos sobre otras condiciones, como el trastorno de ansiedad social y la fobia social, son más variables y menos conclusivos.

## Tratamiento

El tratamiento se debe iniciar lo más pronto posible una vez se ha establecido el diagnóstico, para prevenir el desarrollo de problemas secundarios y alteraciones de la funcionalidad. De acuerdo con la evidencia, se recomienda un enfoque de tratamiento multimodal, que incluya la psicoeducación de los padres y el niño sobre el trastorno de ansiedad y su tratamiento, los controles frecuentes con psiquiatría, las intervenciones psicoterapéuticas, dentro de las

cuales la más fuerte evidencia incluye la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia familiar y, cuando sea necesaria, la farmacoterapia.

## Terapia cognitivo-conductual

La TCC es una intervención psicoterapéutica en la que el clínico le enseña al niño habilidades de afrontamiento adaptativo que le permitan desarrollar un sentido de control sobre sus síntomas ansiosos. La TCC es considerada por la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente como la primera línea de tratamiento para los trastornos leves. Este tipo de terapia emplea una serie de estrategias de intervención, que incluyen psicoeducación a los padres, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, modalidades de exposición y prevención de recaídas, las cuales son utilizadas por el clínico en mayor o menor medida según el tipo de trastorno de ansiedad.

## Tratamiento farmacológico

Cuando los síntomas del trastorno de ansiedad son moderados a severos, el deterioro clínico dificulta el buen curso psicoterapéutico o los resultados obtenidos con la psicoterapia son parciales, se recomienda el tratamiento farmacológico.

Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera línea para mejorar los síntomas de ansiedad e impactar sobre la funcionalidad. La fluoxetina, la sertralina y la fluvoxamina son los medicamentos de elección con un buen perfil de seguridad y utilizados con éxito en los diferentes trastornos de ansiedad de inicio en la infancia. Generalmente son bien tolerados, con algunos efectos secundarios transitorios, que incluyen molestias gastrointestinales, cefalea, insomnio y aumento de la actividad motora, por lo que se recomienda iniciar en dosis bajas con

incremento lento de acuerdo con la tolerabilidad y la respuesta terapéutica.

La FDA implementó en el 2004 la obligatoriedad de incluir en las cajas de todos los ISRS un recuadro negro en el cual se advierta sobre sus posibles efectos secundarios conductuales en los niños y adolescentes. Esto se debe a que estudios comparativos han demostrado un aumento de aproximadamente el 5% en los pensamientos y conductas suicidas en este grupo etario en comparación con placebo.

Otros medicamentos, como la buspirona y las benzodiacepinas, han sido sugeridos como alternativas terapéuticas solas o en combinación con los ISRS; sin embargo, su seguridad y efectividad en población infantil no ha sido bien establecida, por lo cual no se recomienda su uso.

Muchos pacientes no responden a la monoterapia y la evidencia ha demostrado que el tratamiento combinado de TCC con antidepresivos ISRS puede ser más efectivo que las intervenciones por sí solas. Algunas recomendaciones válidas para la combinación de medicación con psicoterapia incluyen: severidad del cuadro ansioso de moderado a grave, presencia de un trastorno comórbido que requiere tratamiento concomitante y respuesta parcial a la psicoterapia.

La evidencia y la experiencia clínica también soportan la importancia de la educación y orientación familiar que ayude a los padres a entender y guiar adecuadamente a su hijo, enfocándose en el reconocimiento de patrones que a menudo desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad del niño. De esta manera, la educación a padres debe incluir intervenciones que mejoren las relaciones entre padres e hijos, fortalezcan la resolución de problemas de la familia, reduzcan la ansiedad de los padres y fomenten las pautas de crianza.

## Lecturas recomendadas

1. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4.a edición. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 539-46.
2. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson JS, Taylor EA, et al. Rutter's child and adolescent psychiatry. John Wiley & Sons; 2008. p. 628-48.
3. Salum GA, De Sousa DA, Rosario MC, Pine DS, Manfro GG. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35(Suppl 1):S03-21.
4. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(7):52.

# examen consultado

1. La evidencia soporta el uso de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico para los trastornos de ansiedad en la infancia. En cuanto a los medicamentos que han demostrado mayor eficacia en esta población, encontramos:

- A. Antidepresivos tricíclicos
- B. Antidepresivos noradrenérgicos
- C. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- D. Benzodiazepinas
- E. Buspirona

2. Sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños, es cierto que:

- A. No es importante un inicio temprano
- B. Se prefiere la terapia farmacológica sobre la psicoterapia
- C. El tratamiento combinado de TCC e ISRS es ideal para los trastornos moderados a severos
- D. El tratamiento combinado de TCC y antidepresivos es el de elección para los trastornos leves
- E. El tratamiento de elección para trastornos severos es la combinación de antidepresivos con benzodiazepinas

3. ¿Cuáles de las siguientes estructuras tienen un papel central en el procesamiento de las emociones?:

- A. La corteza parietal, el área de Wernicke
- B. La amígdala, la corteza orbitofrontal y la corteza del cíngulo anterior
- C. La corteza occipital y el cerebelo
- D. El tentorio y el cuerpo caloso
- E. El cerebelo

4. Sobre los trastornos de ansiedad en la infancia, es cierto que:

- A. Son más frecuentes en el género femenino
- B. Son entidades muy poco usuales
- C. Se presentan con igual frecuencia en ambos géneros
- D. Son más habituales en el género masculino
- E. Casi nunca se manifiestan con comorbilidades

# examen consultado

5. En el trastorno de pánico en niños:

- A. Los ataques de pánico siempre son desencadenados por eventos específicos
- B. Los síntomas físicos son más frecuentes que los cognitivos
- C. El tratamiento de elección son las benzodiazepinas
- D. Se presenta predominantemente en el género masculino
- E. Los síntomas cognitivos son más frecuentes que los físicos

6. Sobre el trastorno de ansiedad generalizada en niños, es cierto que:

- A. La preocupación es confinada a una sola área temática
- B. No hay preocupación por la aprobación de otros, ni por los eventos futuros
- C. Son comunes las manifestaciones somáticas
- D. Casi nunca se asocia con depresión
- E. Es normal durante la etapa escolar

7. Sobre la etiología de los trastornos de ansiedad, lo siguiente es verdadero:

- A. Resultan de la interacción de múltiples factores de riesgo y factores predisponentes
- B. El componente genético es el más importante
- C. Los factores ambientales y genéticos generan directamente los trastornos
- D. Los procesos fisiológicos de atención y el sistema límbico son irrelevantes en la génesis de los trastornos
- E. La dopamina es el neurotransmisor más importante