

# **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

## **FOBIA SOCIAL, FOBIAS ESPECIFICAS, TRASTORNO DE PANICO**

### **INTRODUCCIÓN**

Son escasos los trabajos dedicados al estudio evolutivo de las fobias y los miedos intensos, pero, a partir de los datos disponibles, se puede afirmar que muchos de ellos se agravan desde la infancia y/o adolescencia y pueden pervivir hasta edades adultas.

Los trastornos de ansiedad representan la prevalencia mayor de todos los trastornos de la infancia y adolescencia, entre el 3% y el 13% (Costello 1995), impactando en el funcionamiento en las esferas social, académica, familiar y personal (Beldel et al 1991; Francis et al., 1992). Según estudios epidemiológicos (Essau, Conralt y Petermann, 1999) el porcentaje de niñas que presentan miedos fóbicos es superior al de niños. A partir de los 11 años, hay un descenso generalizado tanto en el número de miedos excesivos como en su intensidad, hasta los 15 años, en que existe un nuevo aumento.

Al menos un tercio de chicos con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más trastornos de ansiedad (Strauss & Last, 1993). También existe con frecuencia comorbilidad con otros trastornos como depresión mayor, con rangos que varían según las series publicadas entre 28%-69%.

### **GUÍA PRÁCTICA PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

#### **I.- Valoración diagnóstica**

##### **A.- Obtener la historia del paciente, los padres y otras personas informantes**

1.- Comienzo y desarrollo de los síntomas. Síntomas DSM-IV de ansiedad, con atención especial a:

- a) Estresores bio-psico-sociales
- b) Comorbilidad con síntomas psicopatológicos, conflictos internos y personalidades con dificultades de adaptación
- c) Impacto de los síntomas en la vida diaria del paciente y su familia
- d) Impacto social y familiar

**2.- Historia de desarrollo personal con consideración especial a:**

- a) Temperamento
- b) Habilidades
- c) Calidad del vínculo
- d) Adaptabilidad
- e) Respuestas ante extraños y separaciones
- f) Miedos infantiles

**3.-** Obtener la historia médica: número de visitas a Urgencias por síntomas en relación a ansiedad u otros, medicación administrada al paciente que podría producir síntomas de ansiedad, trastornos médicos concomitantes, etc.

**4.-** Obtener la historia académica, funcionamiento académico, deportivo, y social; implicaciones familiares.

**5.-** Obtener la historia social: estresores como hogares disfuncionales, presencia de abusos infantiles (maltrato físico, psíquico), negligencias, violencia, enfermedades mentales en la familia o muerte de algún miembro, historia de separaciones y pérdidas, interrelaciones con sus pares.

**6.-** Obtener la historia familiar con atención particular a:

- a) Roles del paciente pasado y presente en el contexto del funcionamiento familiar
- b) Estresores familiares
- c) Historia psiquiátrica familiar (TDAH, ansiedad, conductuales, Tics, síntomas psicóticos, abuso de sustancias, etc.)
- d) Historia médica familiar que predisponga a síntomas de ansiedad
- e) Respuesta parental a la medicación

**B.- Entrevista al paciente, incluida valoración psicopatológica:**

**1.-** Síntomas referidos por el paciente

**2.-** Signos objetivos de ansiedad (estado de hiperalerta, hiperactividad del SNA)

**C.- Valoración de la conducta familiar**

**1.-** Interacciones y dinámica familiar

**2.-** Relaciones padres-hijos

**D.- Pasar entrevistas estructuradas y semiestructuradas para los trastornos de ansiedad y la comorbilidad existente**

E.- Administrar instrumentos a clínicos, padres, y pacientes para evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad

F.- Obtener información del colegio

G.- Evaluación psicopedagógica

H.- Evaluación física

## **II.- Diagnóstico diferencial**

A.- Considerar las enfermedades físicas que pueden simular un trastorno de ansiedad:

- Episodios de hipoglucemia
- Hipertiroidismo
- Arritmias cardíacas
- Feocromocitoma
- Migraña
- Trastornos del SNC (tumores, etc.)
- Reacciones medicamentosas, antihistamínicos, antiasmáticos, simpaticomiméticos, antipsicóticos

B.- Trastornos psiquiátricos que pueden producir comorbilidad con o sin diagnóstico de trastorno de ansiedad

- Trastornos de Conducta
- TDAH
- Trastornos adaptativos
- Trastornos borderline de personalidad u otros
- Abuso de sustancias tóxicas
- Trastornos por tics
- Tricotilomanía
- Trastornos vinculares
- Terrores Nocturnos
- Esquizofrenia
- TCA
- Trastornos Psicósomáticos

C.- Establecer el diagnóstico específico del tipo de trastorno de ansiedad

- 1.- Trastorno de ansiedad de comienzo en la infancia y adolescencia: Ansiedad de separación

- 2.- Trastorno de ansiedad de la infancia y adolescencia que continúa en la adultez
- 3.- Ansiedad generalizada
- 4.- Fobia específica
- 5.- Fobia social
- 6.- Trastorno de pánico
- 7.- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- 8.- Estrés Postraumático

### **III.- Tratamiento**

Tratamiento multimodal, incluyendo:

#### **A.- Intervención psicoeducativa**

- 1.- Educación de los padres y otras personas significativas acerca de los síntomas
- 2.- Educar al niño o adolescente de forma apropiada a su edad
- 3.- Colaborar con el personal escolar cuando los síntomas incluyan al colegio
- 4.- Consultar y colaborar con Atención Primaria

#### **B.- Psicoterapias**

- 1.- Programa conductual que incluya al niño o adolescente, padres, profesores y otras personas significativas
- 2.- Intervenciones familiares que incluyan terapia familiar, intervenciones padres-hijos, y guía a los padres
- 3.- Psicoterapias individuales
  - a) Cognitivo-Conductual
  - b) Psicodinámica

#### **C.- Farmacoterapia**

- 1.- Tricíclicos: previo al inicio de la medicación realizar registro de constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, ECG), registro de niveles plasmáticos de fármacos en relación a riesgos clínicos, toxicidad.
- 2.- Benzodiacepinas: aunque los datos disponibles del uso de BZD en los niños siguen siendo limitados, están siendo usadas sobre todo en la ansiedad anticipatoria y en los trastornos de pánico. Considerar siempre riesgo/beneficios.
- 3.- ISRSs: datos preliminares sugieren que pueden ser efectivos en el tratamiento de la ansiedad de niños y adolescentes.

**4.-** Betabloqueantes: utilidad limitada en el tratamiento de la ansiedad de niños y adolescentes.

**5.-** Otras: reconocidos los síntomas psicósomáticos como manifestaciones de la ansiedad, pueden ser beneficiosos en algunos casos los antihistamínicos para las reacciones atópicas, espasmolíticos para alteraciones gastrointestinales...

**6.-** Neurolépticos no es recomendable su uso en los trastornos de ansiedad de niños y de adolescentes salvo en el Síndrome de Gilles de la Tourette.

D.- Hospitalización: en aquellos casos en los que la gravedad de los síntomas requieran hospitalización, cuando ha existido fracaso del tratamiento ambulatorio o hay dificultades en la contención familiar.

## **FOBIA SOCIAL**

### **Definición y Concepto**

La sociabilidad y la timidez son características propias de la personalidad detectables desde una edad temprana y que se mantienen estables durante el desarrollo. La fobia social se podría definir como la ansiedad persistente y excesiva ante situaciones sociales en que el niño o el adolescente se expone a la crítica ante desconocidos, provocando un retraimiento y/o miedo frente a esas situaciones. El mutismo selectivo entraría en esta categoría (miedo a hablar en situaciones sociales, escuela, y no así en la casa) como un subtipo de fobia social.

La fobia social tiene una prevalencia durante la vida de un 3-13%, y afecta aproximadamente el 1% de los niños y adolescentes. Sus síntomas se dan sobre todo en adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 17 años. Más prevalente en chicas de nivel socioeconómico medio-alto.

### **Evaluación**

Síntomas tales como rechazo escolar, incapacidad de hablar en clase, ansiedad ante los exámenes, timidez, malas relaciones con los compañeros, etc., deben alertar sobre la posibilidad de una fobia social. Deben durar más de seis meses, no ser secundarios a otro trastorno y afectar al funcionamiento social del niño/adolescente.

Se realizarán entrevistas con padres y profesores cuando sea posible, que se centrarán en los síntomas físicos, las preocupaciones específicas y las situaciones difíciles características de la fobia social.

1.- Pruebas psicométricas: Escala de Ansiedad Social para adolescentes SAS-A y SPAI-C (Inventario de Fobia social y Ansiedad para niños).

2.- Diagnóstico diferencial: habrá que realizarlo con el trastorno de angustia con agorafobia, el TAG y las fobias específicas. La fobia social se caracteriza por evitación de situaciones sociales sin que exista crisis de angustia. La ansiedad social y la evitación son frecuentes en muchos trastornos, y no debe establecerse el diagnóstico si hay otro trastorno que explique mejor la ansiedad social.

## Tratamiento

La mayoría de los casos de fobia en la infancia son transitorios, requiriendo tratamiento sólo los de alto grado de incapacidad por la fobia y/o psicopatología asociada.

### Psicoterapia

Los tratamientos de base cognitivo-conductual destinados a modificar las conductas desadaptadas son la base del tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes. Los tratamientos basados en la exposición intentan reducir la ansiedad al asociar los estímulos que la inducen con estímulos incompatibles, o al facilitar la extinción de la ansiedad condicionada a través de la exposición repetida. Los procedimientos más utilizados son:

- Reestructuración cognitiva
- Desensibilización sistemática
- Administración de contingencias
- Modelado
- Entrenamiento en habilidades sociales

También se realizan intervenciones cognitivo-conductuales de grupo con buenos resultados.

### Trabajo con padres

El manejo de la situación por parte de los padres es una circunstancia ambiental que conviene valorar y tratar.

### Tratamiento farmacológico

Algunos estudios han demostrado la eficacia de los ISRS en ensayos abiertos (paroxetina, 0.2-0.5 mg/kg/día). El estudio de Simeon y Ferguson (1987) encuentra que el uso de alprazolam disminuye el retraimiento social en niños con fobia social.

## **FOBIAS ESPECÍFICAS**

### **Definición**

Los miedos son comunes en chicos de todas las edades formando parte del proceso de desarrollo evolutivo, generalmente son transitorios y no requieren tratamiento. La fobia específica es un miedo excesivo y persistente hacía un objeto, un entorno o una circunstancia, produciendo un comportamiento evitativo que interfiere con el funcionamiento normal. Se distingue según el objeto o la situación: al medio ambiente, a la sangre, al transporte, a situaciones que puedan llevar a atragantarse, vomitar, contagiar enfermedades... Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos.

Según estudios epidemiológicos (Essau, Conralt y Petermann, 1999) el porcentaje de niñas que muestran miedos fóbicos es superior al de niños. Las chicas temen más a los animales y a separarse de los padres, los chicos al contacto físico y evaluación del rendimiento escolar.

### **Clínica**

El niño o adolescente que presenta fobia simple se muestra nervioso, con un temor marcado, persistente, excesivo e irracional en presencia de un objeto o ante una situación concreta que intenta evitar. A veces el reconocimiento de que el miedo es excesivo e irracional puede faltar. Puede manifestarse por lloros, rabietas, inhibición... En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata e invariablemente una respuesta de ansiedad. Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

Subtipos:

- 1.- Tipo animal: animales o insectos. Suele iniciarse en la infancia
- 2.- Tipo ambiental: el miedo se refiere a situaciones relacionadas con la naturaleza y fenómenos atmosféricos como tormentas, huracanes...
- 3.- Tipo sangre, inyecciones, heridas, intervenciones médicas de carácter invasivo...
- 4.- Tipo situacional: el miedo se refiere a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, aviones, ascensores...
- 5.- Otros tipos



## Diagnóstico

Requiere la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo, limitándose los síntomas de ansiedad a las situaciones temidas:

- 1.- Crisis de angustia con una predisposición situacional
- 2.- El niño reconoce que el temor no es razonable y es excesivo
- 3.- Deterioro social y académico
- 4.- Más frecuente en niñas
- 5.- Preocupación en relación al acontecimiento temido

Las fobias simples que comienzan en la infancia duran muchos años, mientras que aquellas que son fruto de un acontecimiento vital estresante en la edad adulta tiene un pronóstico mejor.

### Diagnostico diferencial

- 1.- En algunos pacientes con fobia simple de larga duración, la aparición de un trastorno depresivo puede hacerlos menos tolerantes ante los síntomas que presentan
- 2.- Las fobias específicas se diferencian del resto de los trastornos de ansiedad en los niveles de ansiedad intercurrente
- 3.- En la fobia específica el paciente no presenta una ansiedad permanente
- 4.- La fobia específica se diferencia de la fobia social en virtud del objeto o la situación fóbica

## Tratamiento

### Psicoterapia

Psicoterapia cognitivo-conductual (responden bien a corto plazo). La revisión de Toro y cols (1991) recoge los procedimientos de intervención de las fobias específicas a estas edades:

- Desensibilización sistemática
- Inundación
- Administración de contingencias
- Modelado
- Técnicas de autocontrol

### Trabajo con padres

### Tratamiento psicofarmacológico

- ISRS: De primera línea, comenzar por dosis bajas e ir aumentando progresivamente:
  - Sertralina: dosis de 1-2 mg/kg/día
  - Fluoxetina: dosis de 0.3-1 mg/kg/día
  - Paroxetina: dosis de 0.2-0.5 mg/kg/día
- BZD: dosis iniciales pequeñas e ir aumentando de forma gradual. Efecto paradójico (sobre todo en niños con hiperactividad conductual asociada). En el período inicial como coadyuvante mientras los IRSS hacen efecto (clonazepam 0.01-0.03 mg/kg/día).
- Beta-bloqueantes: cuando han fallado otras alternativas.

El uso de psicofármacos en las fobias específicas sólo parece racional como apoyo a los tratamientos de base en los estados más severos. Aquellos casos en que exista una grave discapacidad o complicación requerirá de psicoterapia individual y familiar.

## **TRASTORNO DE PANICO**

### **Definición**

El trastorno de pánico se caracteriza por episodios recurrentes espontáneos de pánico asociados a síntomas fisiológicos y psicológicos entre los cuales el niño o adolescente se encuentra bien. Se presenta de forma aislada, brusca, sin desencadenantes aparentes, incluso en períodos de descanso, vacaciones... Esto lleva a que se consulte precozmente. La comorbilidad de síntomas puede reflejar la multicausalidad de factores (genéticos, ambientales, intrapsíquicos...) o el impacto de la ansiedad en el desarrollo evolutivo.

Una estimación de aproximada de la de la prevalencia del trastorno de pánico en escuelas superiores es de 0.6%. Es más prevalente en el sexo femenino. Parece que la aparición después de la pubertad (entre los 15–19 años) es más frecuente que en la infancia.

La aparición de un trastorno de angustia antes de los 17 años parece comportar un riesgo superior de abuso de sustancias, ideas e intentos de suicidio, y por consiguiente una mayor frecuentación de los Servicios de Urgencias.

El aumento del riesgo de morbilidad grave debe obligar prestar atención adicional a pacientes jóvenes con trastorno de angustia

### **Clínica**

Las principales características de los ataques de pánico son el ascenso rápido de una ansiedad extrema y el miedo a un resultado catastrófico. Suele producirse de forma aguda en un minuto, y aumenta con rapidez. Los síntomas duran de 5 a 15 minutos, aunque en ocasiones persisten hasta una hora. La repetición de las crisis en el tiempo o el desarrollo de ansiedad anticipatoria y agorafobia o de conductas de evitación es frecuente.

Los niños y, en cierta medida, los adolescentes, tienden a centrarse en sensaciones somáticas en sus descripciones iniciales del trastorno de pánico. Los niños refieren temor a la muerte o a volverse loco y pérdida de control; los adolescentes refieren despersonalización y desrealización.

## Diagnóstico

Aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso que se acompaña al menos de 4 de un total de 13 síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- 1.- Palpitaciones
- 2.- Sudoración
- 3.- Temblores
- 4.- Sensación de ahogo
- 5.- Sensación de atragantarse
- 6.- Opresión o malestar torácico
- 7.- Náuseas o molestias abdominales
- 8.- Inestabilidad , desmayo, mareos
- 9.- Desrealización/despersonalización
- 10.- Miedo a perder el control o a volverse loco
- 11.- Miedo a morir
- 12.- Parestesias acras
- 13.- Escalofríos

Una historia clínica detallada, proporcionada por el paciente, los padres, profesores y otros profesionales que conozcan al niño, es de inestimable valor. La exploración pediátrica y neurológica pueden ser útiles para determinar el origen de de los síntomas somáticos. Las entrevistas diagnósticas semiestructuradas, o las partes de las mismas dedicadas a la ansiedad pueden ser útiles. Las escalas de evaluación aportan una información diagnóstica útil y facilitan el control de lo conseguido con el tratamiento.

### Diagnóstico diferencial

Los ataques de pánico aparecen también en el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad fóbica (agorafobia), en los trastornos depresivos y en la abstinencia a alcohol.

Trastornos que pueden producir episodios sintomáticos parecidos a los ataques de pánico son:

- Isquemia cerebral
- Tirotoxicosis
- Arritmias
- Prolapso de la válvula mitral

- Infarto de miocardio
- Angina de pecho
- Taquicardia supraventricular
- Crisis parciales simples
- Diabetes
- Hipoglucemia
- Feocromocitoma
- Embolia pulmonar
- Síndrome carcinoide

### **Tratamiento**

Es importante educar al paciente, la familia y la escuela e implicarlos en el tratamiento, explicar los síntomas físicos de la ansiedad, y que ésta provoca el miedo a morir o perder el control, la ansiedad mental y la física.

Terapia cognitivo conductual: para los episodios de pánico, la ansiedad anticipatoria y el comportamiento evitativo.

Psicoterapia psicodinámica individual, grupal y/o familiar para los conflictos interpersonales y familiares que contribuyen a agravar los síntomas de la ansiedad.

Tratamiento farmacológico: se han usado los antidepresivos tricíclicos (nortriptilina) y las benzodiazepinas (clonazepam y alprazolam). Hoy en día los ISRS pueden ser considerados los tratamientos de primera elección en los trastornos de pánico de niños y adolescentes.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Masi G, Toni C, Mucci: Paroxetine in child and adolescent outpatient with panic disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2001 Summer; 11 (2): 151-7.
- 2.- Scott N, Compton, Jonh S: Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 8, August 2004.
- 3.- The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) Development and Psychometric Properties. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 41 (9) Sept 2002.
- 4.- Méndez F. Inglés C. Hidalgo: Los miedos en la infancia y en la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* vol 6 nº13.
- 5.- Outline of practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol 36 (10S) Supplement Oct 1997.
- 6.- Kelly M: Recognizing and treating anxiety disorders in children. *Pediatr Ann* 2005 Feb; 34 (2): 147-50.