

TRASTORNOS ANSIOSOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Capítulo 23

Ricardo García S

1. Introducción

Los trastornos ansiosos en niños y adolescentes han sido un tema de difícil acuerdo en las categorías descriptivas y en los diferentes enfoques etiológicos. Su base fenomenológica es la angustia patológica, planteando un dilema la diferenciación de ésta y la angustia normal, a través de los distintos períodos de desarrollo del niño y del adolescente.

La angustia es experimentada desde el nacimiento como una emoción básica intensa, de carácter desagradable, implica la captación de un peligro inminente que amenaza aspectos esenciales de la existencia (psíquica y física) del individuo. La angustia es inherente a la vida humana, puede tener una expresión normal, ligada a las nuevas experiencias y períodos críticos del desarrollo, permitiendo la adaptación y uso de estrategias de afrontamiento a partir de procesos de adquisición y dominio de habilidades y maduración cognitiva. También la angustia puede constituir un estado patológico, influido por vulnerabilidad genética, causas biológicas, experiencias de vida, contextos sociales y familiares.

Clásicamente se ha distinguido la ansiedad como la actitud de espera de un acontecimiento desagradable, la cual se observa en niños con un desarrollo cognitivo suficiente, y la angustia como un estado que conlleva una serie de manifestaciones somáticas (neurovegetativas y viscerales) frente a una situación estimada como peligrosa. El miedo es un temor más circunscrito, que no amenaza aspectos básicos de la existencia y tiene como causa un peligro concreto, preciso, frente al cual el individuo puede tomar medidas defensivas.

En el niño existiría un gradiente continuo, angustia - ansiedad - miedo a partir de un estado que sería puramente fisiológico (reacción de estrés) hasta una mentalización progresiva de la conducta, en la perspectiva del desarrollo.

Angustia Normal: La constatación de la angustia en el período de la lactancia depende mayormente de la capacidad de observación y empatía del adulto. Cada madre conoce el registro de los gritos de su hijo, que pueden expresar rabia, una llamada, placer y a veces pánico, estos últimos se acompañan de grandes descargas matricias que reflejan el malestar del lactante. La pérdida del soporte físico genera gran angustia en el lactante, así como los sonidos fuertes. La adquisición de la constancia objetal alrededor del año de edad, hace que el lactante experimente angustia frente al rostro extraño y a la separación de su madre. En la infancia

temprana aparecen los miedos a los animales, la oscuridad, los monstruos, en la etapa escolar, las preocupaciones sobre el desempeño y al inicio de la adolescencia, la ansiedad social e interpersonal.

La angustia normal estaría desencadenada por una causa objetiva externa identificable, ej.: separación, violencia intrafamiliar, problemas escolares serios. La angustia patológica, en cambio, generalmente no tiene una causa externa claramente identificable y la sensación de peligro indefinido y desconocido es aquí máxima, alterando el comportamiento de acuerdo con el contexto sociocultural y la etapa del desarrollo del niño.

Angustia patológica en el niño: El niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. Así, puede observarse inquieto por su salud física, irritable o con episodios agudos de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo o interno. Cuanto más pequeño el niño, más rico es el contexto somático (vómitos, dolores abdominales, dolores de las extremidades etc.); con el paso de la edad el niño exterioriza su angustia a la conducta, así a los 11-12 años, puede presentar crisis de rabia, trastorno de conducta, fugas, demandas excesivas etc. A medida que evolucionan los recursos cognitivos del niño, la capacidad para anticipar eventos se establece como una operación mental estable, permitiendo tener conductas preparatorias, pero a la vez experimentar incomodidad ante la posibilidad de eventos futuros desagradables.

El objeto de la angustia patológica también sigue un patrón etario, así, la fobia a los animales tiene su inicio en la infancia, la ansiedad frente al desempeño en la infancia tardía y la ansiedad social en la adolescencia; la situación es distinta en la ansiedad de separación, la cual se da más como trastorno en la infancia tardía.

Muchas veces se plantea un dilema para distinguir la angustia normal de la patológica, dado que muchas angustias o ansiedades son comunes y pueden jugar un rol adaptativo en el ser humano. Se puede decir que un niño con una angustia normal tiene la capacidad de recuperarse de ella y de permanecer libre de ansiedad cuando no está presente la situación. La angustia, en general, es patológica cuando existe incapacidad para recuperarse rápidamente cuando el estímulo desaparece, afectando el funcionamiento de áreas de su desarrollo, manifestando preocupación relacionada con situaciones parecidas y poca flexibilidad de la respuesta afectiva.

En resumen, hay sufrimiento, disfunción de áreas de su desarrollo y poca flexibilidad frente a los problemas.

2. Cuadros clínicos

Se analizarán a continuación diferentes trastornos ansiosos descritos en niños y adolescentes.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La característica central de este trastorno es que existe una preocupación excesiva que aparece en múltiples contextos, en ausencia de una alteración orgánica que explique los síntomas, con una incapacidad de controlar el grado de preocupación, alterando el desarrollo normal del niño o adolescente y generando deterioro social o académico. Estas alteraciones pueden exacerbarse por períodos.

El niño puede experimentar irritabilidad, tensión muscular y sensación de fatiga o falta de energía, dificultad para dormirse, sueño inquieto y poco reparador, preocupación excesiva acerca del rendimiento y la competencia, disminución de la capacidad de atención e inquietud, quejas somáticas sin causa orgánica específica, tendencia al perfeccionismo y muestra de mucha cautela. Suele mostrar aprensión respecto a temas de adultos como la muerte, la enfermedad, la vejez, situaciones conflictivas de relaciones, problemas económicos, etc.

Este trastorno se asocia con frecuencia a trastornos depresivos y fóbicos.

Prevalencia

Se estima entre un 2,7a 4,6%, sin diferencia entre los sexos.

Etiopatogenia

Aspectos neurofisiológicos: Ante una situación de peligro. el organismo humano reacciona en forma global, preparándose para la lucha o la huida. En líneas generales, el estímulo que puede ser dolor o un estímulo desagradable o temido, genera activaciones de diversos sistemas del sistema nervioso central, siendo uno de los más estudiados el sistema neuroadrenérgico, que comienza con la hiperactivación del locus ceruleus de la protuberancia, activando a su vez zonas del tálamo e hipotálamo, lo que desencadena activación del sistema simpático y parasimpático, preparando al sistema muscular, generando taquicardia, aumento del débito cardíaco, aumento de la respiración y oxigenación, transpiración, dilatación pupilar, vasoconstricción visceral intensa, aumento de la presión arterial.

En la angustia patológica el estímulo básico es la interpretación psíquica alterada de una situación de peligro, la que puede ser externa o interna. Se generaría una alteración neurobiológica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la regulación de la secreción de hormonas tiroidea y de crecimiento. También ha sido involucrada una disfunción de la noradrenalina, la serotonina, la adenosina, y el ácido gamaaminobutírico (GABA).

Las teorías psicodinámicas postulan la existencia de contenidos conflictivos, reprimidos y percibidos amenazantes. El enfoque conductual explica la ansiedad en función del condicionamiento, tanto clásico como operante. La teoría cognitivo-conductual considera las cogniciones desadaptativas como factores precipitantes y

perpetuadores de la ansiedad en niños. También, en el enfoque sistémico se observa, en la familia, alto grado de expectativas de los padres y la insistencia en el rendimiento o por el contrario una permisividad excesiva.

Estudios han demostrado que el temperamento tímido inhibido puede constituir un factor de riesgo importante para el desarrollo de un trastorno de angustia excesivo.

Tratamiento

Están indicadas principalmente las psicoterapias psicodinámicas y cognitivo-conductuales, teniendo mayor evidencias empíricas estas últimas.

En el campo de la psicofarmacoterapia se han utilizado los antidepresivos tricíclicos, las benzodiazepinas y la buspirona, con resultados poco concluyentes en este grupo etario.

TRASTORNO AGUDO DE ANGUSTIA

Características

Se refiere a crisis de angustia repetidas e inesperadas, seguidas de temores y preocupaciones persistentes respecto a futuras crisis y las consecuencias de las mismas. Se observa este trastorno especialmente en adolescentes, a pesar que también se ha descrito en niños. En adultos corresponde al trastorno de pánico. Según el DSM IV se describen los siguientes síntomas que alcanzan un máximo en un plazo de 10 minutos: palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, sensaciones de falta de aire o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, sensación de mareo, inestabilidad o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias , escalofríos o sofocaciones. Estas crisis se pueden asociar a acontecimiento estresante reciente, a prolapso de la válvula mitral, o frente a situaciones específicas estresantes.

Este trastorno se puede dar con o sin agorafobia, que es la angustia que presenta el sujeto al sentirse solo, sin ayuda, en lugares concurridos o situaciones en que no puede escapar fácilmente.

Prevalencia

No existen aún estudios específicos, pero se estima una frecuencia de 0.6% en población escolar adolescente, predominando la presentación en mujeres. Es raro antes de la pubertad.

Diagnóstico diferencial

Es importante descartar trastornos médicos como hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, diabetes juvenil, crisis epilépticas, alteraciones vestibulares o problemas cardíacos. Se debe diferenciar de otros trastornos ansiosos como el trastorno por ansiedad de separación, la fobia social o específica.

Tratamiento

A partir de la experiencia en el tratamiento de adultos, se recomienda tratamiento conductual, cognitivo y farmacológico, no existiendo aún suficiente evidencia controlada en los resultados de esos tratamientos en niños y adolescentes. Se ha utilizado benzodiazepinas como clonazepam y alprazolam, así como antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina, que han demostrado resultados exitosos en el tratamiento de adultos con ataques de pánico.

TRASTORNO POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

Características

Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica en que el niño o adolescente ha estado expuesto. Ej.: abuso físico o sexual, secuestro, exposición a violencia, presenciar conductas suicidas, homicidios, desastres naturales, accidentes, etc.

Esta situación conlleva recuerdos intrusivos y recurrentes del acontecimiento traumático, como "flash back", produciendo malestar psicológico intenso, deterioro de la función social y escolar, pudiendo haber restricción de la vida afectiva, pesadillas y alteración del sueño, irritabilidad y depresión, intentos de evitar todo lo que se asocia a la experiencia traumática, agresividad y quejas somáticas sin causa orgánica.

Frecuentemente los pacientes expresan, en forma compulsiva, temas y aspectos del trauma en juegos repetitivos, los cuales muchas veces no son gratificantes. Generalmente estos juegos constituyen una negación a la fantasía, en la cual el niño intenta mitigar el dolor emocional, a veces dando otra salida al evento doloroso. Cuando los recuerdos se incorporan al juego traumático, los niños cuentan menos los recuerdos; por este motivo, con el paso del tiempo, la observación clínica de juegos traumáticos persistentes puede ser más importante que el informe de imágenes intrusivas.

También puede haber reactuación de la experiencia traumática como una sobre-respuesta al estrés, como un esfuerzo de compensar mediante la acción el momento original de desvalimiento traumático. Buscan activamente participar en una

reactuación, siendo especialmente riesgoso en los adolescentes por su acceso a armas, drogas, automóviles.

La angustia frente a recuerdos traumáticos puede surgir por sensaciones visuales, auditivas, táctiles, olfatorias, atributos físicos de una persona que recuerde al asaltante, etc.

Prevalencia

No hay estudios conocidos en niños ni adolescentes. En adultos la prevalencia actual y de vida oscila entre un 0,4 y 1,3%. Los síntomas remiten en un plazo de tres meses en la mitad de los casos, pero en otros pueden persistir durante años. Puede haber un trastorno por estrés post traumático de aparición tardía, en que los síntomas no se manifiestan hasta 6 meses después del acontecimiento traumático.

Tratamiento

Está dirigido a una rápida intervención con análisis e interpretación de la situación seguido de un tratamiento multimodal que incluye psicofármacos, psicoterapia de apoyo o cognitivo conductual, así como intervenciones grupales o terapia familiar.

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Características

El niño o adolescente experimenta una angustia excesiva desencadenada por la separación, principalmente, de la madre (u otra persona significativa) o de su hogar; la duración del trastorno es al menos de cuatro semanas, produciendo un deterioro significativo en su funcionamiento escolar y social. Su curso es oscilante y es frecuente observar, además, rechazo o falta de asistencia escolar, miedo a estar solo, negativa a dormir solo en su pieza, pesadillas con contenidos de temáticas de separación, temor y preocupación que los seres queridos sufran daños durante la separación, quejas somáticas sin causa orgánica demostrable.

Factores de mal pronóstico son la aparición del trastorno en edades más avanzadas, otros trastornos psiquiátricos y la presencia de trastornos psicopatológicos en la familia.

En su etiología se postula una dificultad en el proceso de individuación-separación, vulnerabilidad personal dada por el temperamento o a situaciones contingentes o de dinámica familiar. La mayoría de las veces se encuentran varios factores que interactúan entre sí.

Este es un trastorno característico de la edad media escolar, entre 7 y 9 años de edad. El curso puede ser agudo, especialmente asociado a una contingencia, pero

puede ser prolongado y crónico en los niños que tienen asociado un desarrollo anormal de personalidad, en los niños mayores, en los niños que presentan una enfermedad crónica, con psicopatología de los padres o con disfunción familiar grave.

Este trastorno se asocia a trastorno de angustia en el 50% de los casos y a depresión en un tercio de los casos. Se postula que este trastorno puede asociarse a una depresión, aumentando y perpetuando la discapacidad.

La consulta de estos niños generalmente se inicia por las dificultades escolares y por quejas somáticas, planteando un serio problema de manejo a los padres y al colegio.

Prevalencia

Es uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes. Se estima una frecuencia de alrededor de un 4 %. Las niñas la presentan más frecuentemente que los niños y es más prevalente en las edades escolares intermedias. En los adolescentes puede estar enmascarado por una agorafobia.

Tratamiento

Cuando el trastorno es inicial, generalmente el manejo de éste se relaciona a la asistencia a clases y es relativamente fácil. Los padres y los profesores deben cooperar en alentar y apoyar al niño a volver a clases lo antes posible con refuerzo de la situación deseada. Si el rechazo a la escuela se ha mantenido y el niño es mayor o adolescente, la resolución de este trastorno es más compleja, pues generalmente están involucrados más factores personales y psicosociales a resolver.

Las terapias conductuales y cognitivas son de utilidad, con un enfoque familiar de la situación, ya que el problema de la autonomía-dependencia es un dilema que también la familia debe afrontar. El uso de psicofármacos puede ser utilizado en los casos más severos en que la angustia y la depresión son difíciles de controlar con las medidas expuestas; se ha postulado el uso de antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de la serotonina acompañado de benzodiazepinas como el alprazolam o clonazepam.

FOBIA SOCIAL

Se caracteriza por presentar ansiedad específica en contextos de grupos, ya sea de pertenencia o no, especialmente ante extraños. Existe evitación de la situación temida o se soporta con un malestar importante. Se asocia, generalmente, a desarrollo de personalidad en la línea inhibida, ansiosa dependiente, con timidez previa y no es raro que presenten gran angustia e inhibición aguda frente a las evaluaciones o disertaciones en público. El inicio es insidioso y el niño o adolescente puede reconocer que el temor es excesivo y poco razonable, afectando su socialización.

La fobia social tiene una prevalencia de vida de 3-13% y se estima que afecta aproximadamente al 1% de niños y adolescentes, de preferencia al sexo masculino.

En su tratamiento están indicadas estrategias conductuales y cognitivo conductuales como exposición, desensibilización sistemática, la práctica reforzada, manejo de contingencias y reforzamiento operante, técnicas de modelado, entrenamiento en habilidades sociales. En cuanto a psicofármacos, no está suficientemente sustentada su eficacia en niños y adolescentes, pero algunos muestran mayor control de la angustia con antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de la serotonina (especialmente la paroxetina), las benzodiacepinas, los bloqueadores beta y la bupiriona.

FOBIA ESPECIFICA O FOBIA SIMPLE

En este trastorno existe un temor excesivo, irracional y persistente ante la presencia o anticipación de un objeto o situación específica, puede asociarse a discapacidad social o escolar. Son trastornos relativamente frecuentes en la niñez, afectando más a las niñas, que pueden estar influenciados por factores culturales y étnicos.

Hay que distinguirlos de las conductas fóbicas, que son frecuentes en la etapa de la infancia y ceden espontáneamente sin tratamiento.

En su etiología existen más evidencias empíricas en las teorías conductuales, que explican el trastorno a través del condicionamiento clásico y operante. Se postula también que en algunas fobias específicas intervienen factores ontogenéticos de preservación de la especie.

En el tratamiento se utilizan los mismos métodos cognitivo conductuales que los utilizados en la fobia social, especialmente la exposición gradual y la desensibilización sistemática.

MUTISMO SELECTIVO

Este trastorno lo presentan niños que no hablan en determinadas situaciones sociales, a pesar que tienen las habilidades físicas para hacerlo, generando gran deterioro social y escolar.

Es un trastorno raro, cuyas cifras de prevalencia oscilan entre un 0,08 y 0,7% de los niños. Su inicio es temprano en la edad preescolar, siendo más frecuente en el sexo femenino, en una proporción de 3:1. Muchas veces se asocia a que el niño haya presentado dificultades de articulación o de habla, inicialmente. Su comorbilidad está relacionada con otros trastornos ansiosos, depresión, trastornos en el control de esfínteres y trastorno obsesivo compulsivo. En general, este trastorno cede al llegar la pubertad, pero algunos persisten más allá de este período, con interferencias en el desarrollo emocional y social.

El tratamiento debe ser multimodal incluyendo los aspectos individuales, familiares y escolares-sociales. Se recomienda que continúe en el sistema escolar, siendo posible el cambio de colegio cuando existe una situación de estigmatización y poco apoyo. Se han utilizado fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina, especialmente fluoxetina y sertralina en conjunto con benzodiacepinas potentes como el clonazepam.