



## LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: PARTICULARIDADES DE SU PRESENTACION CLINICA

Magdalena Fernández Aldana, MD\*

### Resumen

Los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil y adolescente. Su existencia repercute de manera importante en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen; no sólo en el ámbito personal sino también en el plano escolar y social. Los trastornos de ansiedad representan para los psiquiatras infantiles un desafío desde el punto de vista diagnóstico. Frecuentemente, muchos de dichos síntomas se encuentran en niveles subclínicos, sobre todo en el caso de los cuadros fóbicos y el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Dentro de las diferentes formas de ansiedad de acuerdo con dicha clasificación están: El Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad por Separación, Fobia social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Pánico y el Trastorno por Estrés Postraumático. La detección y diagnóstico oportuno y acertado de las diferentes formas de ansiedad repercute directamente en el pronóstico escolar, social, individual, familiar e incluso vital de la población afectada.

**Palabras clave:** trastorno de ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático.

### Summary

Anxiety disorders are common in child and adolescent population. Its existence can impact significantly on the proper functioning of those who suffer them; not only at the personal level but also at school and socially. Anxiety disorders represent a challenge for child psychiatrists. Often, many of these symptoms are subclinical, especially in the case of phobias and generalized anxiety disorder. Within the different forms of anxiety under that classification are: Generalized Anxiety Disorder, Separation Anxiety, Social Phobia, Specific Phobias, Obsessive Compulsive Disorder, Panic Disorder and Post-traumatic Stress Disorder. The timely and precise detection and diagnosis of different forms of anxiety has a direct impact on the school, social, individual, family and even vital prognosis of the affected population.

**Keywords:** anxiety disorder, generalized anxiety disorder, separation anxiety, social phobia, specific phobia, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, post-traumatic stress disorder.

\* Psiquiatra-Psicoterapeuta, Universidad del Rosario- Universidad El Bosque,  
Instituto Colombiano del Sistema Nervioso Clínica Montserrat  
magdalenafernand@hotmail.com

Los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil y adolescente. Su existencia, repercute de manera importante en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen, no sólo en el ámbito personal sino también en el plano escolar y social. Es frecuente además, que se asocien a cuadros de depresión, suicidio y abuso de sustancias. Un estudio realizado por Bell Dollan en Pittsburg (Pensilvania) en el año 1990 reporta una prevalencia de síntomas ansiosos del 10% en población juvenil. (Birmaher 1997). Frecuentemente, muchos de dichos síntomas se encuentran en niveles subclínicos, sobre todo en el caso de los cuadros fóbicos y el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

### **Características Clínicas de los Trastornos Ansiosos**

Los trastornos de ansiedad representan para los psiquiatras infantiles un desafío desde el punto de vista diagnóstico.

En muchas oportunidades no resulta sencillo definir si se trata de un trastorno de ansiedad como tal, o si por el contrario se está frente a la presencia de una situación de temor o angustia que hace parte del desarrollo cognoscitivo y emocional del niño. Por este motivo, es frecuente que estos cuadros sean subdiagnosticados.

En un estudio realizado en Pittsburg (Pensilvania) en el que se estudió

la prevalencia de síntomas ansiosos en 62 niños no referidos a consulta, el 10% exhibió diversos síntomas aislados y poco evidentes para sus padres. La sintomatología ansiosa más frecuentemente encontrada se relacionó con Fobia Social y con el Trastorno de Ansiedad Excesiva según criterios del DSM III. (Bell-Dollan, 1990).

La presencia de sintomatología ansiosa, repercute directamente sobre el funcionamiento escolar, social y familiar.

Investigadores en el área han encontrado una importante asociación de bajo rendimiento académico en aquellos niños con sintomatología ansiosa. En un estudio realizado por Lalongo en 1994, los niños con elevados niveles de ansiedad obtuvieron bajos logros especialmente en lectura y matemáticas. La existencia de sintomatología ansiosa en niños de primer grado predijo la aparición de ansiedad en quinto grado. (Bernstein, Borchardt, Perwien, 1996).

El término Ansiedad ha sido definido de múltiples formas a lo largo de la historia. Numerosos autores la han definido como una emoción normal a lo largo del desarrollo individual y cuyas funciones son de carácter protector. Otros la definen como una reacción de anticipación ante el peligro.

Los modelos neuroetiológicos a su vez, plantean que la ansiedad es

necesaria para la supervivencia de la especie.

En el caso de los niños, existen diferentes miedos a lo largo del desarrollo que van variando y que no se pueden englobar dentro de un trastorno de ansiedad como tal. A diferencia de los miedos, la ansiedad es más difusa e inespecífica. En el caso de los trastornos de ansiedad es frecuente encontrar preocupaciones irracionales que causan interferencia significativa en el funcionamiento del niño. (Black, Leonard y Rapoport, 1997).

Las diferentes formas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes se clasifican al igual que en los cuadros ansiosos de adultos, según criterios del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales).

Dentro de las diferentes formas de ansiedad de acuerdo con dicha clasificación están: El Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad por Separación, Fobia social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Pánico y el Trastorno por Estrés Post-traumático.

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

Los niños y adolescentes con Trastorno de Ansiedad Generalizada suelen preocuparse en exceso por su rendimiento académico o la calidad de

sus actuaciones no sólo en el ámbito familiar o social sino también en el medio escolar. Se preocupan en exceso por sus logros escolares. Son descritos como niños perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos al no sentirse a gusto fácilmente con los resultados obtenidos.

Los síntomas somáticos se relacionan con la presencia de cefalea y dolor abdominal recurrente sin el hallazgo de una causa orgánica que explique el cuadro.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada comparte características con el denominado por el DSM III R, Trastorno por Ansiedad Excesiva Infantil, el cual fue reemplazado por el primero conservando características similares al segundo. (Black, Leonard y Rapoport, 1997) (Lewis, 1991).

### **El Trastorno de Ansiedad por Separación**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad excesiva producida por el alejamiento del hogar o de aquellas figuras con las que existe un vínculo. Dicha ansiedad es mayor en relación con aquella que puede llegar a presentarse normalmente o de acuerdo con el nivel de desarrollo.

Los sujetos que padecen el trastorno experimentan un malestar excesivo y recurrente al estar separados de su hogar o de las personas a las cuales están vinculados. Requieren conocer

su paradero y permanecer en contacto con ellas. Pueden vivir fantasías de daño hacia los otros como accidentes o circunstancias adversas que les impidan volver a verlas. Los niños con este trastorno suelen expresar miedo a perderse y no reunirse nunca más con sus padres. No les gustan las actividades en las que son separados de sus padres o alejados de su casa. A la hora de dormir suelen necesitar la presencia de sus padres hasta conciliar el sueño. Son incapaces de permanecer sólo en una habitación y prefieren permanecer al lado de sus padres, muy cerca de ellos.

Durante la noche es probable que se trasladen a la habitación paterna y que tengan pesadillas de destrucción de su familia. Frente a la posibilidad de separarse de los padres anticipatoriamente pueden presentar quejas físicas entre las que están el dolor abdominal, náuseas y vómito. Pueden existir síntomas cardiovasculares como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo aunque son poco frecuentes en niños pequeños.

La duración de los síntomas debe tener un minuto de 4 meses de aparición y el inicio de los mismos debe ocurrir antes de los 18 años. El compromiso en las diferentes áreas de funcionamiento debe ser tenido en cuenta.

Francis y colaboradores estudiaron la fenomenología del Trastorno de Ansiedad por Separación en 45 niños entre los cinco y los 16 años encon-

trando similitudes en la expresión de síntomas tanto en hombres como en mujeres. Los niños más pequeños (5-8 años) estuvieron más preocupados al respecto de eventos calamitosos y rechazo escolar. Los niños entre los nueve y los 12 años exhibieron sobretodo estrés excesivo en los momentos de separación de las figuras parentales. Los adolescentes entre los 13 y los 16 años presentaron más frecuentemente síntomas somáticos y al igual que el grupo anterior, rechazo escolar. (Bernstein, Rapoport y Leonard, 1997).

## **La Fobia Social**

Tiene como característica esencial, la presencia de miedo persistente y acusado frente a situaciones sociales o actuaciones en público. Dicho temor puede desencadenar en ocasiones sintomatología somática. (Bernstein, Rapoport y Leonard, 1997).

Todas aquellas situaciones en las que el niño tenga que relacionarse con extraños o ser el centro de atención genera gran ansiedad. Temen realizar actos indebidos, ridículos o ser motivo de burla. La sintomatología somática tiene que ver con la aparición de palpitaciones, diaforesis, temblor, diarrea y rubor facial entre otros. El enrojecimiento es típico de la Fobia Social.

El temor a que dichos signos sean notados por los otros incrementa el

temor al ridículo. (Bernstein, Rapoport y Leonard, 1997).

Los niños más pequeños con Fobia Social pueden llorar, hacer berrinches o esconderse detrás de sus madres cuando se ven enfrentados a situaciones sociales que les resultan estresantes. En otras oportunidades se observan actitudes de aferramiento como abrazos e incluso mutismo.

Los niños mayores y los adolescentes evitan la participación en actividades escolares como presentaciones y exámenes en los que pueden incluso reprobar por temor a preguntarle al maestro. Igualmente, pueden evitar su participación en actividades deportivas y si lo hacen suelen permanecer más bien aislados, intentando aferrarse a las figuras adultas.

Aunque los adolescentes y adultos pueden reconocer que las situaciones sociales les causan un malestar significativo, los niños pueden no reconocerlo así. En aquellos pacientes menores de 18 años los síntomas deben haber persistido durante un lapso no menor a los seis meses. (Bernstein, Rapoport y Leonard, 1997). (Kaplan y Sadock, 1995).

La Fobia Específica denominada antes Fobia Simple se caracteriza por un miedo intenso y persistente a determinados objetos o situaciones en particular. La presencia o evocación del mismo desencadena una reacción

de ansiedad inmediata. La respuesta pueda estar acompañada de sintomatología somática evidente y en el caso de los niños ser expresada con llanto, berrinches, entumecimiento o aferramiento a sus padres. (Bernstein, Rapoport y Leonard, 1997), (Kaplan y Sadock, 1995), (Leonard, Rapoport y Swedo, 1997).

En un estudio realizado por Lapouse y Monk en 1959, los investigadores refieren que las madres entrevistadas comentaban que sus hijos presentaban siete o más miedos. Ollendick en 1983 reportó en su estudio realizado con 217 niños entre los 3 y los 11 años, la presencia de un rango aproximado de miedos entre los nueve y los 13. El número de miedos y ansiedades en los niños desciende con la edad y el foco específico de los mismos se va modificando. (Rutter, 1987).

En principio pueden estar enfocados hacia la oscuridad o a la presencia de monstruos y más adelante relacionados con temores de carácter más real y en relación con el ámbito escolar.

Marks en 1987 refiere que los miedos disminuyen progresivamente durante la etapa pre escolar. Los niños pre escolares típicamente suelen asustarse con los extraños, los animales, la oscuridad y criaturas imaginarias. Los niños de escuela elemental exhiben más temor hacia los animales, también hacia la oscuridad su propia seguridad, y fenómenos naturales como los truenos. Los niños más maduros

se preocupan más por el colegio y situaciones de carácter social. Los adolescentes enfocan sus temores en las fallas, los fracasos, el sexo y en otras oportunidades pueden presentar síntomas de agorafobia.

Si el miedo persiste aún en años mayores e interfiere con el funcionamiento del niño debe ser evaluado. (Rutter, 1987)

### **La Fobia escolar**

La Fobia Escolar se refiere específicamente a aquellos niños que se rehúsan a asistir al colegio por alguna situación específica como un profesor, un compañero, una clase o algún factor de estrés determinado e identificable en el ámbito escolar.

Los niños a diferencia de los adultos pueden no reconocer el malestar que las situaciones fóbicas les producen. No obstante, tratan de evitar las situaciones fóbicas al igual que lo hacen los adultos.

Al igual que en las otras formas de ansiedad se debe considerar la interferencia que el trastorno está causando y la existencia de los síntomas con un mínimo tiempo de aparición de seis meses. (Kaplan y Sadock, 1995) (Rutter, 1987) (Bernstein, Rapoport y Leonard, 1997).

### **El Trastorno de Pánico**

La presencia del Trastorno de Pánico es descrito generalmente en

la adolescencia, sin embargo es frecuente observarlo en población infantil y preadolescente. (Kaplan y Sadock 1995). Estudios realizados por Sheehan en 1981 y Thyer en 1985 muestran que muchos de los adultos con Trastorno de Pánico refirieron el inicio de sus síntomas desde la adolescencia y en otros casos desde la infancia. (Kaplan y Sadock, 1995).

En el caso de los niños es frecuente la asociación del Trastorno de Pánico con Trastorno de Ansiedad por Separación debido a que la presencia de las crisis de pánico puede generar en el niño fuertes temores de separación de sus padres debido a que imaginan la posibilidad de padecer la crisis lejos de ellos. Black en 1995 encontró la presencia previa de ansiedad por separación en adolescentes con Trastorno de Pánico. Por este motivo es importante diferenciar entre un Trastorno de Pánico como tal y aquellas manifestaciones propias del Trastorno de Ansiedad por Separación. (Kaplan y Sadock, 1995) (DSM IV, 1994) (Rutter, 1987) (Bernstein, Rapoport y Leonard, 1997). (Leonard, Rapoport y Swedo, 1997).

### **Trastorno obsesivo compulsivo**

El Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD - Obsessive-Compulsive Disorder) usualmente comienza en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y puede ocurrir en 1 de cada 200 niños y adolescentes. El TOC se caracteriza por obsesiones

y/o compulsiones recurrentes que son lo suficientemente intensas para causar malestares severos. Las obsesiones son pensamientos recurrentes y persistentes, impulsos o imágenes no deseadas que causan marcada angustia o ansiedad. Frecuentemente, éstas son irracionales e irreales. No son simplemente preocupaciones exageradas acerca de problemás de la vida real. Las compulsiones son el comportamiento repetitivo o ritual (como lavarse las manos, acumular cosas, poner las cosas en un orden determinado, comprobar algo repetidamente) o actos mentales (como contar, repetir palabras en silencio, evitar acciones o cosas). Con TOC, las obsesiones o compulsiones causan una ansiedad significativa o angustia, e interfieren con la rutina normal del niño, su funcionamiento escolar, sus actividades sociales o sus relaciones.

Los pensamientos obsesivos varían con la edad del niño y pueden cambiar a través del tiempo. Un niño pequeño con TOC puede temer que le hagan daño a él o a un miembro de su familia, por ejemplo, que un intruso entre por una ventana o puerta abierta. La compulsión llevará al niño a seguir comprobando que las puertas y ventanas de la casa están cerradas aun después de que sus padres se acuesten, tratando así de aliviar su ansiedad. Al niño le dará miedo haber dejado una puerta o ventana abierta sin darse cuenta mientras comprobaba si estaba cerrada y luego compulsivamente

tendrá que comprobar otra vez si está o no abierta.

Un niño de edad escolar o adolescente con TOC puede tenerle miedo a enfermarse con gérmenes, al SIDA o a comida contaminada. Para poder sobrellevar estas ideas, el niño puede desarrollar "rituales" (comportamiento o actividad que se repite)<sup>1</sup>

### **Trastorno de Estrés Postraumático**

Los niños con TEPT presentan una amplia variedad de reacciones al trauma, la que incluye conductas regresivas, ansiedad, miedos, somatizaciones, depresión, problemás de conducta, aislamiento, déficit de atención, disociaciones y trastornos del sueño. En los niños más pequeños es frecuente la regresión o la pérdida de habilidades recientemente adquiridas, tal como enuresis y encopresis; también pueden pedir ayuda para realizar tareas que ya dominaban, tales como vestirse, lavarse o presentar una regresión en sus habilidades lingüísticas. Algunos se ponen agresivos y otros se tornan pasivos(15). La ansiedad también es frecuente. Lo más común es un aumento de los miedos específicos o fobias, especialmente frente a situaciones claves que recuerden el factor estresante, la ansiedad de separación, y algunos señalan un trastorno de ansiedad generalizada. En los escolares se han encontrado síntomás somáticos, exacerbación de

<sup>1</sup> AACAP El Desorden Obsesivo-Compulsivo en Niños y Adolescentes Información para la Familia No. 60

trastornos de aprendizaje y de conducta y depresión en algunos. En los adolescentes se asocia más al consumo de sustancias y depresión<sup>2</sup>.

## Conclusión

Los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente tienen formas de presentación diferentes a las de los adultos y varían dependiendo de la etapa del crecimiento. El adecuado conocimiento de dichas particularidades permite al clínico orientar de manera certera el manejo y así evitar la continuación y empeoramiento de dichos cuadros en la edad adulta.

Del adecuado diagnóstico dependerá la calidad de vida, el normal desarrollo y desempeño de los niños y adolescentes afectados por cualquiera de las formas de ansiedad.

## Referencias

1. Anastasi, A y Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. Séptima Edición. México: Ed. Prentice Hall Hispanoamericana.
2. Bernstein, G y Borchardt, C. (1996) Anxiety Disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. Vol. 35 (9): 1110-1119.
3. Bernstein, G y Rapoport, J. Separation Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorders. *Textbook of child and adolescent Psychiatry*. Capítulo 28 (pp. 467-480). Washington D.C: Second Edition. American Psychiatric Press.
4. Birmaher, B y Khetarpal S. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* (1997) Vol.36 (4):545-553.
5. Birmaher, B y Brent D. Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. (1999) Vol. 38 (10): 1230-1236.
6. Black, B y Leonard H. *Textbook of child and adolescent Psychiatry*. Capítulo 30 (pp.491-506). Washington D.C: Second Edition. American Psychiatric Press.
7. Bogels, S y Zigterman D. (2003) Dysfunctional Cognitions in Children with Social Phobia, Separation Anxiety Disorder, and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. (Abril, 1994). [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
8. Brown, F. (1980) *Principios de la medición en psicología y educación*. México: Ed. Manual Moderno.
9. Carulla, S, López-Alberca R y González S. (2000) Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: Bulbena, G, Berrios, E y Fernández de Larrinoa, P. *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. España: Ed. Másson S.A.

<sup>2</sup> Montt M, Hermosilla W. Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Rev Chil Neuro-Psiquiatría* 2001; 39: 110-20



10. Coolican, H (1994) Métodos de investigación y estadística en psicología. México: Ed. Manual Moderno.
11. Cortada de Kohan, N. (2000) Concepto de validez. Técnicas Psicológicas de Evaluación y Exploración (pp. 54-57) Primera Edición. México: Ed. Trillas.
12. Cortada de Kohan, N. (2000) Correlación y predicción. Técnicas Psicológicas de Evaluación y Exploración. Primera Edición. (pp. 55-58) México: Ed. Trillas.
13. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (1995) Másson S.A.
14. Fernández M. Validación de la escala Screen for Child anxiety related disorders para la detección de sintomatología ansiosa en niños entre los 9 y los 18 años en la ciudad de Bogotá. (2003)
15. Grills, A y Ollendick T. Multiple informant agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children, Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatric. (Enero, 2003). [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
16. Hernández, R, Fernández, C y Baptista P. (1991) Recolección de Datos. Metodología de la Investigación Segunda Edición. (pp 235-239). México: Ed. Mc Graw-Hill.
17. Hersov, L. (1987) En Rutter, M. Child and Adolescent Psychiatry. Segunda Edición (pp. 368-373) Blackwell Scientific Publications
18. León, A, Ponce de León (2001) Aula Psicológica2. Construcción de Pruebas Objetivas para la evaluación de conocimientos en el aula. Bogotá: Ed, Kimpres.
19. Livingston, R. (1991) En: Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Segunda Edición. (pp. 676-678) Williams and Wilkins editores.
20. Magnusson, D. (1990) Teoría de los Tests. México: Ed. Trillas.
21. Mattison, R. (1995) Other Disorders of infancy, childhood and adolescent. En: Kaplan, H y Sadock, B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Volumen 2 . Sexta Edición. (pp. 2345-2350) William and Wilkins Editores.
22. Palou, N. y Ezpeleta Ascaso L (2000) Psiquiatría de la infancia y adolescencia: Evaluación psicopatológica. En: Bulbena, G, Berríos, E y Fernández de Larrinoa, P. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. España: Ed. Másson S.A.
23. Ruiz, A, Gómez, C y Londoño, D. (2001) Adaptación y validación de escalas. Investigación clínica: Epidemiológica clínica aplicada. (pp. 69-73). Bogotá: Ed: Centro Editorial Javeriano (CEJA).
24. Sánchez, R y Gómez, C. (1998) Conceptos básicos sobre validación de escalas. Revista Colombiana de psiquiatría. Vol. 27 (2) pp. 121-130.
25. Sattler, J. (1996) Conceptos útiles de Estadística y Medición. Evaluación infantil. Tercera Edición. México: Ed. Manual Moderno. (pp. 17-42).
26. Weems, C, Silverman, A y La Greca A. What Do Youth referred for Anxiety Problems Worry About? Worry and its relation to Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry. (Febrero, 2000). [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)