

Trastornos de ansiedad en el adolescente



M.J. Mardomingo Sanz

*Jefe de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital G.U. Gregorio Marañón de Madrid.
Presidenta de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil*

Resumen Los trastornos de ansiedad son la patología psiquiátrica con tasas más altas de prevalencia en los adolescentes, afectando al 9-21% de la población general. El miedo y la ansiedad son reacciones normales de defensa ante el estrés ambiental; no obstante, cuando esa reacción es desproporcionada en intensidad y en frecuencia, limitando la actividad diaria del sujeto, se convierte en un trastorno psiquiátrico.

Los trastornos de ansiedad abarcan los siguientes tipos:

- Ansiedad a la separación.
- Ansiedad generalizada.
- Fobias simples, la fobia escolar y la fobia social.
- El trastorno obsesivo-compulsivo.
- El trastorno de estrés postraumático.

En este artículo, se revisan la clínica, epidemiología, causas, mecanismos, evaluación y tratamiento de la ansiedad de separación, fobia escolar, fobias simples, ansiedad generalizada y fobia social, desde la perspectiva más útil para la práctica clínica. En los trastornos de ansiedad, intervienen factores genéticos, neuroanatómicos, neuroquímicos, características temperamentales y acontecimientos vitales. A pesar de que existen tratamientos eficaces, se calcula que sólo la tercera parte de los adolescentes que sufre trastornos de ansiedad recibe un tratamiento adecuado.

Palabras clave Trastornos de ansiedad en la adolescencia; Ansiedad de separación; Ansiedad generalizada; Fobia escolar; Fobia social.

Abstract ANXIETY DISORDERS IN ADOLESCENTS
Anxiety disorders are the most prevalent psychiatric disorders in adolescence, affecting 19-21% of the general population. Anxiety is a normal reaction to stress and it helps to deal with life, but when anxiety becomes an excessive, irrational dread of everyday situations, it has become a pathological condition that needs good diagnosis and treatment. There are five types of anxiety disorders in children and adolescents:

- Separation anxiety disorder.
- Generalized anxiety disorder.
- Specific phobias, school phobia and social phobia.
- Obsessive-compulsive disorder.
- Post-traumatic stress disorder.

The objective of this article is to review the clinical characteristics, epidemiology, causes, mechanisms, assessment and treatment, specially relevant for clinical practice in separation anxiety disorders, school phobia, specific phobias, generalized anxiety disorders and social phobia.

Anxiety disorders may develop from a complex set of factors, including genetics, brain chemistry, temperament characteristics and life events. There are effective treatments but only about one-third of those adolescents suffering from anxiety disorders receive proper treatment.

Key words Anxiety disorders in adolescents; Separation anxiety; Generalized anxiety; School phobia; Social phobia.

Pediatr Integral 2005;IX(2):125-134.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos del comportamiento, se han convertido en uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica diaria y afectan al 9-21% de los niños y adolescentes.

La ansiedad y el estrés forman parte de la vida cotidiana como elementos naturales del estilo de vida de los países desarrollados. Los niños y los jóvenes captan muy pronto la dimensión amenazante del mundo que les rodea, una dimensión amenazante que abarca las relaciones personales, sociales e internacionales. Cuando a estas circunstancias ambientales se unen otros factores de riesgo de tipo genético, temperamental o familiar, puede surgir el cuadro clínico del trastorno de ansiedad (Mardomingo, 2004a).

Las reacciones de miedo y ansiedad son reacciones fisiológicas de defensa ante males y peligros potenciales, sirven para que el individuo se ponga en estado de alerta ante posibles amenazas y, sin duda, han sido imprescindibles para la supervivencia de la especie humana. La ansiedad fisiológica se pone en marcha ante un peligro inmediato y tiene un carácter adaptativo; su finalidad última es salvaguardar la integridad del individuo. La ansiedad patológica, por el contrario, se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique o, existiendo esa circunstancia, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas.

El adolescente que tiene un cuadro de ansiedad refiere, por ejemplo, que tiene un temor incontrolable a que los padres mueran en un accidente, o pavor a perder el control y clavar un cuchillo a un familiar, o cometer una locura y arrojarse por la ventana. Otras veces, se trata de la rumiación constante de pensamientos dubitativos, acerca de lo que debe hacer o no debe hacer, o de lo que hizo o dejó de hacer. Estas ideas repetitivas pueden acompañarse de escrúpulos de conciencia de carácter moral o religioso que, junto con las preocupaciones sexuales, son muy típicas de la adolescencia. Relata también síntomas somáticos, como: dolor torácico, dificultad para respirar, cefaleas o dolores abdominales.

Desde el punto de vista psicopatológico, existen, por tanto, tres tipos de ansiedad: la ansiedad como forma de respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida, es decir, como una experiencia humana normal; la ansiedad como sintoma de diferentes enfermedades, médicas y psiquiátricas; y por último, la ansiedad como entidad específica, que abarca el amplio campo de los trastornos de ansiedad.

De acuerdo con las clasificaciones internacionales, los trastornos de ansiedad de los niños y adolescentes comprenden: las fobias, el trastorno de ansiedad a la separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés posttraumático (TEP) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Mardomingo, 2004b). El trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés posttraumático no se abordan en este artículo. La fobia escolar es, sin duda y por razones obvias, la más típica de la infancia, mientras que la fobia social lo es de la adolescencia.

EPIDEMIOLOGÍA

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes son del 9-21% (Kashani y Orvaschel, 1990).

La ansiedad de separación afecta al 3-5% de los niños y al 2-4% de los adolescentes y la ansiedad excesiva al 4% (McGee et al., 1992). Las tasas de prevalencia de otros trastornos de ansiedad, fundamentalmente estudiados en el adulto, aún no están claramente establecidas en los niños. Se cree que el trastorno de angustia afectaría al 0,8% y las fobias específicas al 1,5-3% aproximadamente (Mardomingo, 1994a, 1994b).

La distribución por sexos de los trastornos de ansiedad es un aspecto que aún no está aclarado. Parece que la fobia social se da más en los varones, mientras que las fobias simples y la agorafobia afectan más a las mujeres. La ansiedad a la separación, la ansiedad excesiva, el trastorno de angustia sin agorafobia y la ansiedad generalizada afectarían por igual a ambos sexos. La edad modifica también las tasas de prevalencia; de manera que, las fobias simples predominan en las niñas durante la infancia, y afectan por igual

a ambos sexos a partir de la adolescencia con una **ratio** de 1/1.

El nivel socioeconómico es otro factor que influye en la prevalencia con tasas más altas de trastornos de ansiedad y de síntomas ansiosos en las clases desfavorecidas. La exposición a un medio violento es otra variable que incrementa la prevalencia, actuando como claro factor de riesgo.

Puede decirse, en resumen, que la incidencia y prevalencia, de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes aún no están claramente establecidas; no obstante, son los trastornos y la sintomatología psiquiátrica más frecuente en la adolescencia, por encima de las depresiones y de los trastornos de conducta, lo cual indica la enorme importancia de su estudio.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La ansiedad tiene una vertiente motriz y neurovegetativa, una vertiente cognoscitiva y de percepción de la realidad, y una vertiente emocional y afectiva.

En la vertiente motriz, la ansiedad se manifiesta en inquietud, desasosiego, temblor e imposibilidad de permanecer sentado. Otras veces, aunque más raramente, se traduce en inhibición motriz, con dificultad del adolescente para hablar o moverse. Los síntomas somáticos de la ansiedad pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular al respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo. La frecuencia cardíaca se acelera, disminuye el flujo sanguíneo periférico, se producen modificaciones en el electroencefalograma, y aparece sudoración, palidez y temblor. Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían, además, en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional del sujeto (Mardomingo, 1994a) (Pine y Grun, 1999). La inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito y el llanto inmotivado, son síntomas típicos de los niños pequeños, a los que se añadirá más adelante la expresión verbal de la angustia, los miedos y temores, a medida que se desarrolle el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos. Las dificultades de atención y concentración,

TABLA I.
Características
de la ansiedad a
la separación

Comienzo	Antes de los 6 años
Duración	Al menos dos semanas
Intensidad	Desproporcionada a la edad y que interfiere en la vida cotidiana
Medio familiar	Sobreprotector
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Apatía - Llanto - Dificultades de concentración - Dificultades de interacción personal y social - Dolores abdominales - Náuseas - Vómitos - Cefaleas - Temblores - Lipotimias - Vértigos - Taquicardia - Crisis de pánico

es infrecuente que los adolescentes no reconozcan la dificultad que tienen para separarse de los padres, o la necesidad de permanecer junto a la madre y el temor a salir de casa. Pero a través del diálogo y la relación de confianza, esta circunstancia termina por quedar de manifiesto.

La ansiedad a la separación es más frecuente en familias que tienen una actitud sobreprotectora hacia los hijos, y que sienten temor ante el proceso de autonomía progresiva del niño que forma parte del desarrollo normal. A veces, la madre es una mujer ansiosa que ha vivido en su propia familia ese ambiente sobreprotector. La ansiedad a la separación no suele darse en niños abandonados que no han tenido la oportunidad de establecer lazos afectivos con los adultos, como si fuera obvio que no se añora lo que nunca se tuvo. En la tabla I se resumen las características de la ansiedad a la separación.

LA FOBIA ESCOLAR

La fobia escolar consiste en la incapacidad total o parcial del adolescente de acudir al colegio como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto de la situación escolar.

los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento, son síntomas ya propios de la etapa escolar a los que se añaden los sentimientos de despersonalización y desrealización en la adolescencia. La despersonalización implica un sentimiento de extrañeza respecto del propio yo, como si el adolescente se sintiera vacío. En la desrealización el mundo circundante se percibe como si no existiera, como si no fuera real y no tuviera vida.

La vertiente cognoscitiva de los estados de ansiedad hace que el sujeto perciba la realidad desde una perspectiva amenazante, interpretándola como algo permanentemente peligroso. La dimensión afectiva se traduce en ánimo deprimido y sentimientos de tristeza.

FOBIAS SIMPLES

La fobia siempre consiste en el miedo irreprimible, persistente y difícil de vencer a un estímulo o situación concretos, y sólo aparece en contacto con ese estímulo.

Los adolescentes presentan fobias a los animales, la oscuridad, las tormentas, la sangre, el ascensor, a quedarse solos en la habitación, subir en avión, ir solos por el pasillo u otras situaciones. La intensidad del miedo varía en función de determinadas circunstancias como la proximidad o lejanía del estímulo ansioso y de las características del mismo. La posibilidad de entrar en contacto con el estímulo fóbico genera en el adolescente una intensa angustia, dando lugar a una serie de estrategias encaminadas precisamente a evitar esa situación.

La gravedad e intensidad de los síntomas de ansiedad, lo apropiado o no apropiado del miedo de acuerdo con la edad, y en qué medida la fobia interfiere la vida cotidiana, son datos fundamentales para el diagnóstico. La fobia para serlo tiene que cumplir dos criterios: producir en el adolescente un intenso malestar y suponer una clara limitación para el desarrollo de la vida normal. El paciente reconoce muchas veces que el temor y la angustia son excesivos e irracionales, pero no los puede evitar.

Cualquier fobia puede darse a cualquier edad, no obstante hay fobias más frecuentes en unas épocas de la vida que

en otras. Son típicas del niño pequeño las fobias a los animales y a la oscuridad, más adelante aparecerá la fobia al ascensor o al colegio, y en la adolescencia la fobia a la sangre o a las heridas, al avión o a las relaciones sociales, síntoma fundamental de la fobia social tan típica de esta edad (Mardomingo, 1994a, 1994b).

ANSIEDAD A LA SEPARACIÓN

La ansiedad a la separación se inicia en la infancia pero también se da en la adolescencia y consiste en la angustia intensísima que experimenta el niño cuando tiene que separarse de los padres o de las personas que le cuidan.

Se trata de una angustia que es desproporcionada a la edad y a la circunstancia y que puede llegar al pánico. Este temor irracional limita el desarrollo normal de las actividades cotidianas: ir al colegio, salir con los amigos, ir de excursión, dormir fuera de casa, ir a un campamento. El adolescente refiere que no puede separarse de los padres como medida de protección para que no les pase nada malo, desde tener un accidente del tipo que sea a ponerse enfermos. En este sentido, quedarse con la madre en casa sin ir al colegio, es la mejor manera de protegerla.

El tipo de miedos de los niños varía con la edad. En los más pequeños el temor puede tener un carácter vago e inespecífico que más adelante se va concretando; no obstante, también los adolescentes pueden expresar no tanto el temor a una amenaza concreta, sino una angustia genérica ante la posibilidad de morir, enfermar o sufrir otro mal. A veces, se trata de un sentimiento de intensa nostalgia del hogar y del pasado que se idealiza y se recuerda como un paraíso perdido.

El sentimiento de nostalgia puede desembocar en profundo malestar e inquietud, con intensa desesperación y ataques de pánico, que obligan al retorno del adolescente a casa si está en un campamento o en otro sitio alejado de casa. La angustia a la separación se manifiesta también en tristeza, apatía, dificultades de concentración y problemas en la relación con los compañeros, pudiendo incluso presentarse reacciones de tipo agresivo. No

TABLA II.
Características
de la fobia
escolar

1. Miedo persistente, desproporcionado e irracional a acudir al colegio que el niño no puede evitar
2. La posibilidad de ir al colegio provoca una respuesta inmediata de ansiedad
3. Síntomas neurovegetativos: cefaleas, gastralgias, palidez, náuseas, vómitos, mareos, malestar, que desaparecen los días de vacaciones
4. La falta de asistencia al colegio tiene un carácter habitual y no se acompaña de comportamientos antisociales
5. Los padres saben que el niño permanece en casa sin ir al colegio

TABLA III.
Características
de la ansiedad
generalizada

Definición	Ansiedad exagerada del adolescente, no realista, ante la vida en general
Duración	Al menos seis meses
Temor exagerado a	<ul style="list-style-type: none"> - Los exámenes - Las relaciones personales - Las relaciones sociales - El futuro - Las críticas
Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Perfeccionismo - Hipersensibilidad a la crítica - Dependencia
Síntomas somáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Vértigos - Dolores abdominales - Lipotimias - Temblores - Opresión torácica

El temor irracional e insuperable a ir al colegio se relaciona a veces con alguna circunstancia concreta de la vida escolar, como temor a un profesor, a un compañero o a una asignatura. Otras veces es un miedo inespecífico, de carácter general, que se manifiesta en miedo a hacer el ridículo o a ser criticado. También, puede darse la circunstancia de que el adolescente no exprese de forma abierta el miedo a la escuela, pero la negativa a ir y el cortejo de síntomas que lo acompaña hace sospechar el diagnóstico (Mardomingo, 2004a; King y Bernstein, 2001).

La fobia escolar se da a cualquier edad, una vez que comienza el período de escolarización; no obstante, es más frecuente en los niños que en los ado-

lescentes, afectando por igual a ambos sexos y a todas las clases sociales. Es evidente que el concepto de fobia escolar va estrechamente unido a la implantación de la escolarización obligatoria y, por tanto, al concepto que la sociedad tiene de los niños y de su educación. Difícilmente puede darse este trastorno psiquiátrico en aquellos países donde el derecho de los niños a aprender y a educarse no existe, no digamos en aquellos en que el niño se incorpora desde los primeros años al trabajo y lleva una vida próxima a la esclavitud.

Tener que asistir al colegio produce en el adolescente una angustia intensa de carácter anticipatorio, por lo que tiende a evitarlo como sea. La crisis de angustia se presenta por las mañanas, justo antes de tener que salir de casa, o la noche anterior, o a lo largo de la tarde de la víspera, incrementándose a partir del anochecer. La angustia puede acompañarse de un amplio cortejo neurovegetativo con: vómitos, náuseas, diarrea, anorexia, dolores abdominales y cefaleas, que hace pensar a los padres que se trata de una enfermedad pediátrica. El niño permanece en casa con conocimiento de los padres que no logran llevarlo a pesar de hacer intensos esfuerzos.

Las dificultades para ir al colegio, suelen comenzar de forma gradual, con protestas poco intensas y búsqueda de pretextos para no ir, que se siguen de faltas esporádicas a clase que terminan en la más rotunda negativa a entrar incluso en el recinto escolar. Otras veces el comienzo es repentino, y los padres refieren alguna circunstancia que ha actuado como factor precipitante, por ejemplo, un pequeño traumatismo, una enfermedad pasajera, la hospitalización de un miembro de la familia, un cambio de colegio o de domicilio o la vuelta de unas vacaciones.

En los adolescentes suele darse un cambio lento pero progresivo del comportamiento, que se traduce además en dificultades para las relaciones sociales, tendencia al aislamiento y negativa a salir con los amigos, actitud hipercrítica hacia el mundo exterior, irritabilidad y discusiones con los padres que contrastan con actitudes previas de docilidad y sumisión. Es muy frecuente en esta edad la sintomatología depresiva. La angustia in-

tensísima de los días de clase contrasta con la desaparición radical de los síntomas los días de vacaciones en los que el alivio y bienestar del niño es evidente y se muestra contento y tranquilo. En la tabla II, se resumen las características de la fobia escolar.

ANSIEDAD GENERALIZADA

La ansiedad generalizada, o excesiva, se caracteriza por la preocupación o ansiedad exagerada ante la vida en general (McGee et al., 1992). Es un trastorno que se da tanto en la infancia como en la adolescencia, afectando más a las mujeres a partir de esta edad.

Los miedos y temores suelen referirse al principio a aspectos poco relevantes de la vida cotidiana, y van adquiriendo un carácter más general con la edad; son miedos que carecen de base real y se prolongan al menos durante seis meses. El adolescente muestra una actitud excesivamente cautelosa y temerosa ante la vida, preocupándose demasiado por los exámenes, las relaciones con los amigos, la posibilidad de sufrir algún tipo de daño u otros acontecimientos futuros. Además, necesita que se le reafirme constantemente sobre lo que hace, preguntando sobre aspectos poco importantes de cosas o situaciones que le producen ansiedad o incertidumbre.

La sensación de incertidumbre afecta no sólo a acontecimientos de la vida presente sino también a sucesos de la vida pasada a los que el paciente da vueltas una y otra vez temeroso de sus consecuencias. El adolescente se muestra ansioso e inseguro de su capacidad y aptitudes en diferentes terrenos, y de modo especial, en el rendimiento escolar, con marcado temor a las críticas de compañeros y profesores (Tabla III).

Son frecuentes también las quejas psicósomáticas: cefaleas, dolores abdominales, náuseas, vértigo, disnea, opresión torácica, obstrucción en la garganta y trastornos del sueño. El adolescente puede experimentar un estado mantenido de intenso nerviosismo y tensión.

La ansiedad generalizada se da con más frecuencia en familias con un elevado nivel de aspiración respecto de los hijos y de nivel socioeconómico alto. Las

expectativas excesivas puestas por los padres en el hijo, unos padres que suelen ser ellos mismos ansiosos y presionan al hijo para que alcance objetivos que ellos mismos, en ocasiones, no pudieron alcanzar, es un factor de riesgo de que el hijo sufra ansiedad. De forma paradójica, el deseo de los padres de preparar al hijo para la vida y de dotarle de un bagaje protector, no sólo no le protege, sino que le supone una carga excesiva que le torna vulnerable. Pero de igual forma, la actitud educativa permisiva y contemporizadora, que accede de forma sistemática a las demandas del hijo, y suple los esfuerzos que a él sólo le correspondería realizar, favorece que el niño sufra ansiedad, ya que se le priva de un aprendizaje fundamental: enfrentarse a los retos y ser capaz de superarlos.

El trastorno de ansiedad generalizada comienza unas veces de forma brusca, y otras gradual, y sigue un curso que se caracteriza por fases de exacerbación desencadenadas por situaciones de estrés. Cuando comienza en la infancia puede evolucionar hacia fobia social y ansiedad generalizada en la adolescencia que es la edad de comienzo preferente de la fobia social (Burke et al., 1990).

FOBIA SOCIAL

La fobia social se caracteriza por el temor persistente ante situaciones que implican el contacto social con personas desconocidas y, por tanto, el hecho de ser visto por los otros.

El adolescente experimenta miedo, vergüenza, sentido del ridículo y, en ocasiones, ataques de pánico por el mero hecho de tener que ir a una celebración, hablar en público o con desconocidos, hablar en grupo, tratar con el jefe de estudios o el director del colegio, etc. En una etapa de la vida en la que se descubre el mundo y la realidad de forma progresiva y el contacto social con los demás es una de las claves de ese descubrimiento, la fobia social impide que tenga lugar con normalidad ese proceso. La fobia social puede persistir en la vida adulta y no son infrecuentes las complicaciones del tipo de sintomatología depresiva, intentos de suicidio, menores logros académicos, y dificultades de adaptación al trabajo con

menor éxito profesional (Masia et al., 2001; Beidel et al., 2000).

La fobia social afecta al 1% de los adolescentes pero es probable que las tasas reales de prevalencia sean más altas. En muestras clínicas estas cifras ascienden hasta el 14%. Los adolescentes con fobia social temen hacer el ridículo, piensan que los demás les consideran poco atractivos e inteligentes, y que nada de lo que digan u opinen tendrá interés para quienes les escuchan. Muchos se quejan de múltiples síntomas somáticos que pueden justificar su negativa a las relaciones sociales. La fobia social puede también traducirse en la negativa a ir al colegio y a tener que enfrentarse con los exámenes, sobre todo si son orales, y con otras circunstancias de la vida escolar.

CAUSAS Y MECANISMOS DE LA ANSIEDAD

En la etiología y patogenia de los trastornos de ansiedad intervienen factores genéticos, neuroquímicos, anatómicos, temperamentales y ambientales.

Una de las grandes aportaciones de la investigación neurobiológica en el siglo XX fue la demostración del papel del cerebro en la génesis de las emociones. El cerebro es el órgano rector de la vida consciente, de las emociones y del comportamiento.

Las investigaciones en modelos animales ponen de manifiesto que el sistema límbico, el tálamo y el hipotálamo, son estructuras cerebrales esenciales para sentir emociones, de tal forma que cuando se le extirpan al animal, la vida emocional desaparece. Se descubre además otro hecho trascendental: las emociones no sólo se desencadenan por factores o circunstancias externas que tienen una dimensión amenazante, sino también sin necesidad de nada exterior que las ponga en marcha. Las emociones surgen por circunstancias internas, como vivencias, recuerdos, imágenes, ideas, pensamientos, deseos, que tienen una profunda capacidad evocadora para el sujeto y son capaces de poner en marcha todos los mecanismos neurovegetativos de un estado emocional determinado. Pero las emociones también pueden generarse mediante la estimulación eléctrica de determinadas estructuras cerebrales.

Parece claro que en la ansiedad, y en los trastornos de ansiedad, intervienen múltiples factores y mecanismos, desde factores genéticos a circunstancias del medio familiar y ambiental que pueden ser un auténtico caldo de cultivo para el aprendizaje de la ansiedad como forma de respuesta a los retos de la vida. En el caso de los niños y adolescentes, los miedos excesivos o inadecuados a la edad, como el miedo a la oscuridad, a los ruidos, a quedarse solos en la habitación, casi siempre cuentan con el antecedente de una madre o de un padre que son miedosos y que expresan y transmiten esa actitud temerosa. Por tanto, la ansiedad también se aprende. Pero no sólo se aprende, existe también la ansiedad innata que se manifiesta en el niño pequeño y en todos los primates, y la predisposición individual a sufrir trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad dependen de los factores genéticos, de las circunstancias biográficas y de la memoria que el sujeto tiene de esas circunstancias. La separación de los factores biológicos y ambientales en la etiología de los trastornos psiquiátricos ya no tiene sentido desde el punto de vista científico, y menos aún en los trastornos de ansiedad. Actualmente, se sabe que las situaciones ambientales estresantes no sólo desencadenan todo el cortejo de síntomas que configura los cuadros de ansiedad, sino que mantenidas en el tiempo, acaban produciendo cambios morfológicos en las neuronas. Serían precisamente estos cambios morfológicos los responsables de que la ansiedad se haga crónica (Kandel, 1983).

ESTRUCTURAS ANATÓMICAS Y CIRCUITOS DE LA ANSIEDAD

Las técnicas de imagen con las que se visualiza la estructura del cerebro y se estudia cómo funciona, permiten comprobar que existe una correlación entre distintos tipos de ansiedad y diferentes regiones cerebrales.

La ansiedad que se experimenta incluso antes de que se presente la situación ansiógena, y que se denomina ansiedad anticipatoria, pues se vive de forma anticipada, se correlaciona con el sistema límbico; los ataques de pánico con

FIGURA 1.
Mecanismos de la ansiedad

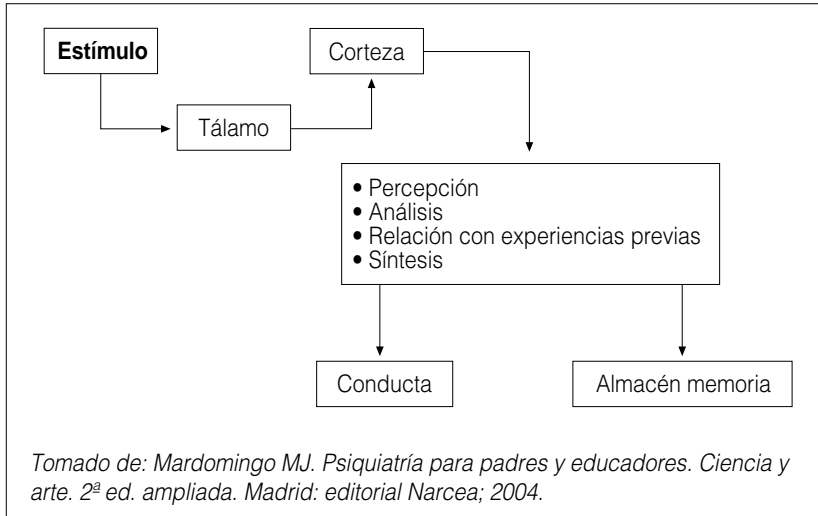
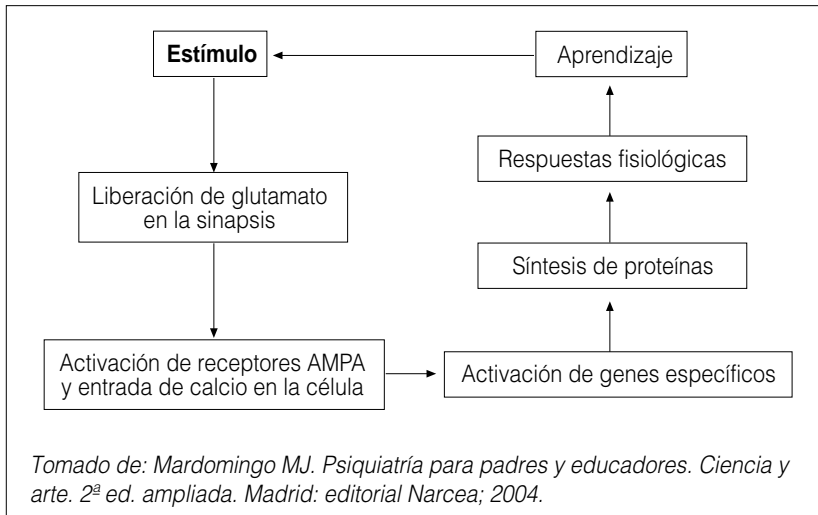


FIGURA 2.
Mecanismos de la ansiedad



el tronco cerebral, y la ansiedad fóbica que hace que se eviten determinadas situaciones, como subir en avión o en ascensor, se relaciona con la corteza prefrontal.

La amígdala y la corteza prefrontal juegan un papel esencial en los estados emocionales y en el proceso de toma de decisiones. La lesión de la amígdala impide relacionar los hechos concretos con las emociones correspondientes y la lesión de la corteza prefrontal ventromedial impide prever las consecuencias de las decisiones que se toman, e impide tomar conciencia de las implicaciones sociales que tienen.

Los estímulos procedentes del medio exterior llegan a la corteza cerebral después de haber pasado por el tálamo, y es en la corteza donde tiene lugar todo un proceso de percepción, análisis de la in-

formación, relación de esa información con experiencias previas y con vivencias internas, síntesis de todos los datos y emisión de una respuesta que se traduce en conducta. Se produce además un almacenamiento de la información en la memoria, que será utilizada en acontecimientos futuros, bien como señal de alarma, bien como experiencia que se recuerda con placer (Fig. 1). Existe, por tanto, todo un proceso de aprendizaje en el que participan neurotransmisores como el glutamato, el ácido gamma-aminobutírico (GABA), la noradrenalina y la serotonina, y en el cual tiene lugar la activación de genes específicos que a su vez regulan la síntesis de proteínas imprescindibles para ese aprendizaje (Fig. 2). Las situaciones de miedo producen un aumento de glutamato y un descenso de GABA, mientras que la serotonina produce

el efecto contrario: descenso de glutamato y aumento de GABA, de ahí la acción terapéutica en los trastornos de ansiedad de los fármacos que potencian la función de la serotonina.

FACTORES GENÉTICOS

Los trastornos de ansiedad tienen un claro componente genético y hereditario.

Existe un componente hereditario en los ataques de pánico, y existe un componente genético en determinadas características temperamentales, como la timidez exagerada, que, a su vez, es un factor predisponente para sufrir trastornos de ansiedad (Gratacos et al., 2001). El componente hereditario se comprueba al observar cómo los familiares de primer grado de personas que sufren ataques de pánico tienen un riesgo mayor de padecer trastornos de ansiedad que los familiares de sujetos sanos. Este riesgo es del 17-20% para los primeros, frente al 2-4% para los segundos (Crowe et al., 1983). Cuando son los niños los que tienen un trastorno de ansiedad generalizada, los familiares también sufren más trastornos de ansiedad (Last et al., 1991).

Los estudios de gemelos ponen de manifiesto, por su parte, que cuando los gemelos son monocigóticos, es decir idénticos, y uno de ellos sufre ataques de pánico o síntomas fóbicos, el riesgo de que el otro gemelo también sufra estos trastornos es muy superior a cuando son dicigóticos. Este componente genético, sin embargo, no se ha demostrado en otros tipos de ansiedad.

En qué medida los trastornos de ansiedad se heredan o se aprenden es un tema fundamental de la psiquiatría, y parece fuera de duda que la predisposición genética y de carácter familiar se complementa con la existencia de determinadas circunstancias ambientales que potencian y facilitan el desencadenamiento del trastorno. Dentro de estos factores ambientales se consideran factores de riesgo para el adolescente: el alcoholismo del padre, la depresión de la madre y el empleo de la violencia como método educativo en la familia. Otros factores de riesgo son la timidez y las actitudes educativas erróneas, tanto por ser excesivamente per-

misivas como por ser excesivamente exigentes (Tabla IV). Es decir, circunstancias familiares y ambientales adversas. Por tanto, los mecanismos neurobiológicos de la ansiedad se ponen en marcha y llegan a cronificarse por la acción de circunstancias externas del medio ambiente en que vive el sujeto y por la acción de vivencias internas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos de ansiedad se basa en la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia y el asesoramiento a la familia (Baidel et al., 2000). Cuando estas medidas fracasan, debe plantearse el tratamiento farmacológico (Mardomingo et al., 1997), aunque la evidencia científica de su eficacia es limitada.

Los objetivos del tratamiento son: mejorar el cuadro clínico aumentando la calidad de vida del paciente, favorecer el desarrollo emocional y social del niño, prevenir la aparición de otros síntomas psiquiátricos asociados, especialmente de tipo depresivo, y mejorar el pronóstico evitando la evolución crónica del proceso (Mardomingo, 1994a; Kendall et al., 2001). El plan de tratamiento debe tener en cuenta la naturaleza del trastorno de ansiedad, la gravedad, el tiempo de evolución, la edad del paciente y su desarrollo cognoscitivo, las características del medio familiar y los estilos educativos de los padres.

Cuando el trastorno de ansiedad es poco intenso y de corta evolución, puede ser suficiente el tratamiento mediante psicoterapia y asesoramiento a los padres, resolviéndose con facilidad si estos colaboran. Las técnicas cognitivo-conductuales comprenden la desensibilización sistemática, la administración de contingencias, el modelado, las técnicas de autocontrol, la inundación mediante exposición imaginada y la relajación. Son muy eficaces en las fobias simples.

Los fármacos empleados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad son los antidepresivos y los ansiolíticos, no obstante aún no se ha llegado a una conclusión definitiva respecto de su eficacia y de los criterios de prescripción.

Como sucede siempre en psiquiatría infantil, la colaboración de los padres es

imprescindible para el tratamiento. Los padres tienen que entender las características del trastorno del niño y colaborar en la puesta en marcha de las medidas terapéuticas oportunas, lo que es imprescindible en la resolución de la ansiedad de separación, la fobia escolar y la fobia social. La colaboración del colegio es imprescindible en el tratamiento de la fobia escolar (Masia et al., 2001).

BILIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. *J Consult Clin Psychol* 2000; **68**: 1072-80.

Se expone el tratamiento conductual de la fobia social con los pasos a seguir hasta lograr la plena integración del adolescente en el ámbito social.

- 2.** Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; **47**: 511-8.

Estudia la edad de comienzo de los trastornos psiquiátricos en la población general con datos procedentes de cinco estudios comunitarios, analizándose la relación entre la ansiedad en la infancia y en la adolescencia.

- 3.** Crowe RR, Noyes R, Pauls DL et al. A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; **40** (10):1065-9.

Trata el componente hereditario de los trastornos de ansiedad especialmente patente en las crisis de angustia.

- 4.** Gratacos M, Nadal M, Martín-Santos R et al. A polymorphic genomic duplication on human chromosome 15 is a susceptibility factor for panic and phobic disorders. *Cell* 2001; **106** (3): 367-79.

Estudia los factores de riesgo de sufrir trastornos de ansiedad y los hallazgos en el cromosoma 15 como posible factor de susceptibilidad para sufrir fobias y crisis de angustia.

- 5.*** Kandel ER. From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety. *Am J Psychiatry* 1983; **7**: 95-106.

Analiza cómo los factores ambientales se interrelacionan con los biológicos, dando lugar cuando persisten en el tiempo a modificaciones neuroquímicas en las neuronas que serán, en último término, las responsables de que el trastorno de ansiedad se haga crónico.

- 6.** Kendall PC, Brady EU, Verduin TL. Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; **40** (7): 787-94.

Se estudia en qué medida la asociación de otros trastornos psiquiátricos a los trastornos de ansiedad es un factor de mala evolución y mal pronóstico.

- Clase socioeconómica desfavorecida
- Agresividad y violencia en la familia y en el medio social
- Antecedentes de trastorno de ansiedad
- Inhibición conductual y social como características temperamentales
- Depresión familiar
- Alcoholismo
- Actitud excesivamente permisiva de los padres
- Expectativas desmesuradas que cargan sobre el hijo una responsabilidad excesiva y agobiante

TABLA IV.
Factores de riesgo de la ansiedad

- 7.*** King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; **40** (2): 197-205.

Revisión de los conocimientos y datos científicos acerca de la fobia escolar desarrollados a lo largo de la década de los años 90, con una puesta al día de la clínica, mecanismos etiopatogénicos y controversias sobre este trastorno.

- 8.** Last CG, Hersen M, Kazdin A et al. Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psychiatry* 1991; **48**: 928-34.

Aborda el componente genético de los trastornos de ansiedad constatándose tasas más altas de trastornos de ansiedad en los familiares cuando el probando es un niño o adolescente.

- 9.*** Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. En: Mardomingo MJ, ed. *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos; 1994a. p. 281-314.

Capítulo dedicado a los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia en el que se parte de la definición y evolución histórica de estos trastornos para abordar la epidemiología, clínica, etiología y patología, curso clínico, pronóstico, evaluación y diagnóstico, tratamiento y áreas futuras de investigación.

- 10.*** Mardomingo MJ. Fobia escolar. En: Mardomingo MJ, ed. *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos 1994b; p. 477-98.

Capítulo dedicado a la exposición de las características de la fobia escolar en el que se aborda el concepto y definición de este trastorno, sus relaciones con la ansiedad de separación, la clínica y curso clínico, evaluación y diagnóstico, etiología y patogenia, diagnóstico diferencial con los novillos y pautas concretas de tratamiento.

- 11.*** Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. El anhelo sin fin. En: Mardomingo MJ, ed. *Psiquiatría para padres y educadores*. 2ª ed. Madrid: editorial Narcea; 2004a. p. 53-84.

Exposición actualizada de los trastornos de ansiedad que son abordados desde el punto de

vista científico y desde la perspectiva de los propios pacientes y de los padres.

- 12.*** Mardomingo MJ. Trastorno obsesivo-compulsivo. El clamor de las olas. En: Mardomingo MJ, ed. *Psiquiatría para padres y educadores*. 2ª ed. Madrid: editorial Narcea; 2004b. p. 123-53.

Exposición actualizada de las características del trastorno obsesivo-compulsivo en los niños y adolescentes, en el que se aborda el concepto, el cuadro clínico, los mecanismos etiopatogénicos, las características históricas, la relación con el TOC del adulto y el tratamiento, quedando plasmada la experiencia clínica de la autora y la voz de los pacientes.

- 13.*** Mardomingo Sanz MJ, Rodríguez-Ramos P, Velasco A. En: *Psicofarmacología del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos; 1997.

Tratado de psicofarmacología del niño y del adolescente, primero de estas características publicado en español, uno de cuyos capítulos se dedica al tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad.

- 14.*** Masia CL, Klein RG, Sorch EA, Corda B. School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; **40**: 780-6.

Se expone un programa piloto de tratamiento de adolescentes con fobia social basado en el tratamiento en el colegio, con menores complicaciones psiquiátricas y mayor éxito académico.

- 15.** McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. DSM-III disorders from age 11 to 15 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; **31**: 50-9.

Aborda la clasificación de los trastornos psiquiátricos en la pubertad y primera adolescencia, clasificación que ha sido el punto de partida de otras posteriores.

- 16.** Pine DS, Grun J. Childhood anxiety: integrating developmental psychopathology and affective neuroscience. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999; **9**: 1-12.

Plantea en qué medida la edad cronológica y el desarrollo cognoscitivo y emocional del paciente condicionan las manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad.

Caso clínico

Paciente de 13 años de edad que acude a consulta acompañada de su madre, remitida por su pediatra. Es la mayor de dos hermanos. Padres divorciados desde hace unos 7 años. Estudiante de 2º de E.S.O.

Consulta por trastornos del sueño y ansiedad en relación con el instituto.

Desde el inicio del nuevo curso en el mes de septiembre, la paciente ha acudido a clase en tan solo 3 ó 4 ocasiones. Se trata de un nuevo instituto y el motivo de este absentismo es el miedo irracional que presenta la paciente a las clases, compañeros y profesores.

No refiere ningún acontecimiento desagradable que haya podido motivar dicho rechazo. La paciente reconoce lo absurdo de este miedo, pero se siente incapaz de superarlo, de tal forma que por las noches antes de acostarse y por las mañanas, presenta importante sintomatología ansiosa caracterizada por llanto, nerviosismo, "pataletas", falta de apetito, insomnio, náuseas y molestias gástricas mejorando dicha sintomatología por las tardes, momento en que puede

realizar sus actividades diarias, con bastante normalidad: ir de compras con su madre, ver la TV, hacer deberes.

Datos personales: embarazo, parto y desarrollo psicomotor normales. Buen rendimiento escolar con buena adaptación con compañeros y profesores durante los años previos. El año pasado, no obstante, cambió de colegio, volviendo a hacerlo este año al instituto actual, sin que la paciente sea capaz de explicar los motivos.

Los padres se separaron cuando la niña tenía 4 años. Actualmente, convive con su madre y hermano pequeño. Su padre vive con su actual pareja a las afueras de Madrid. Los hijos mantienen el contacto con el padre y lo ven regularmente.

Antecedentes somáticos: sin interés. Sin alergias medicamentosas conocidas. No toma tratamiento farmacológico en la actualidad.

Antecedentes familiares: padre profesor, antecedentes de depresión. Madre sana, ama de casa. No refiere antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. Hermano de 10 años sano.

Exploración: consciente y orientada globalmente. Colaboradora, abordable. Facies triste, poco expresiva. Len-

guaje coherente, fluido, aunque parco en palabras. Sin alteraciones en la forma o contenido del pensamiento. Ánimo decaído acompañado de miedo a ser rechazada y sentimientos de inferioridad. No apatía ni anhedonia. Miedo irracional a acudir a clases del que la paciente hace crítica adecuada pero que no puede evitar. Sintomatología ansiosa en relación a este miedo que se acentúa ante la posibilidad de reincorporarse a clase.

Dificultades para conciliar el sueño. No ideas de muerte ni planificación autolítica en el momento actual.

Juicio diagnóstico: fobia escolar.

Plan terapéutico:

- Se le pauta tratamiento farmacológico con:
 - Fluoxetina 20 mg (1-0-0)
 - Tranxilium pediátrico (1-0-1).
- Se le dan pautas para manejar "el miedo" y se le insiste en la necesidad de acudir y reincorporarse a las clases lo antes posible y de la manera más normalizada posible.
- Psicoterapia semanal durante un periodo de dos meses.
- Pautas a la madre.
- Se establece contacto con el colegio.

**ALGORITMO:
ÁRBOL DE
DECISIÓN
PARA EL
DIAGNÓSTICO
DE LA FOBIA
ESCOLAR**

ÁRBOL DE DECISIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FOBIA ESCOLAR

