

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

NATURALEZA, DESARROLLO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Ronald M Rapee

Edición en español

Editor: Matías Irrarázaval

Traducción: Matías Irrarázaval y María Tatiana Estefan



Monsters, Inc® Pixar

Ronald M. Rapee PhD

Académico, Centro de Salud Emocional, Departamento de Psicología, Universidad de Macquarie, Sydney, Australia.

Conflicto de intereses: ha recibido ingresos por concepto de derechos de autor del libro: *Helping your Anxious Child: A Step by Step Guide for Parents* [Ayudando a su hijo con ansiedad: Una guía paso a paso para padres]. Las ganancias de las ventas del programa Cool Kids se destinan al Centro de Salud Emocional de la Universidad Macquarie para ayudar a la investigación y tratamiento de niños con ansiedad - ningún individuo recibe ingreso por estos materiales.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o en práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son de responsabilidad de los autores y no representan necesariamente el pensamiento del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y prácticas basados en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió tal como fue evaluado por los autores, y estos pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes en concordancia con las directrices y leyes del país de su ejercicio profesional. Algunos medicamentos puede que no estén disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que no se mencionan todas las dosis ni los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen el fin de ilustrar situaciones o se mencionan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

© IACAPAP 2016. Esta es una publicación de acceso libre bajo la licencia [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial.

Citación sugerida:

Rapee RM. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrarázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes, 2016.

Trastornos internalizantes

A diferencia de los trastornos “externalizantes” o “de bajo control” (como el trastorno de conducta) en que los niños tienden a exteriorizar o expresar conflictos o emociones internas (p. ej., a través de la agresión) los trastornos internalizantes reflejan problemas al interior del niño, como miedos, preocupaciones e infelicidad, tradicionalmente incluidas bajo el título de problemas de “neurosis”, “sobrecontrol” o “sobreinhibición”. Los niños con trastornos internalizantes tienden a lidiar con los problemas y conflictos emocionales internamente en lugar de externalizarlos. Los trastornos internalizantes suelen causar más angustia para el niño que para los que lo rodean, contrario a lo que ocurre con los trastornos externalizantes.

Hace no muchos años se pensaba que los trastornos de ansiedad en niños eran un problema raro y de impacto relativamente bajo. Es por ello que nuestro conocimiento empírico sobre la ansiedad infantil es menos amplio que para dichos trastornos en los adultos. Sin embargo, en los últimos 15 a 20 años se ha observado un aumento dramático en el número de estudios que abordan la ansiedad en los niños, y actualmente estamos construyendo una buena comprensión de la naturaleza, desarrollo y tratamiento de estos trastornos. Más recientemente, el interés ha comenzado a centrarse inclusive en la posible prevención de la ansiedad y, dada la coexistencia entre ansiedad y depresión, así como la continuidad entre la niñez y la edad adulta, este trabajo tiene implicaciones de largo alcance para la prevención de los problemas internalizantes a lo largo de la vida.

Comparado con la investigación en el ámbito de los adultos, que tiende a dividir los trastornos de manera muy específica, en el ámbito de los niños y de los adolescentes hay una tendencia más común a examinar la ansiedad de forma relativamente amplia y en muchos casos a examinar los trastornos internalizantes como un todo. Por lo tanto, en este capítulo, hablaré de los trastornos de ansiedad en la mayoría de los casos de manera muy amplia y consideraré los factores relevantes para todos los trastornos de ansiedad, como grupo. Esto se refiere especialmente al tratamiento, en cuyo caso las intervenciones psicológicas con mayor apoyo empírico han tendido a incluir a los niños dentro de toda la gama de trastornos de ansiedad. Sin embargo, dado que los otros capítulos de este libro se enfocan en el trastorno obsesivo compulsivo, los síntomas postraumáticos y la ansiedad por separación, me centraré, en lo posible, de manera más directa en los trastornos restantes: ansiedad generalizada, ansiedad social y fobias específicas. Para minimizar la repetición, utilizaré de manera general los términos ansiedad en los niños o ansiedad infantil para referirme a la ansiedad en niños y adolescentes, a menos que sean necesarias las distinciones específicas por edad.

DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO

La característica principal de los trastornos de ansiedad es la *evitación*. En la mayoría de los casos, esto incluye evitación manifiesta de situaciones específicas, lugares o estímulos, pero también puede implicar formas más sutiles de evitación, tales como la indecisión, la incertidumbre, el retraimiento o actividades ritualizadas. Estos comportamientos son relativamente consistentes en todos los trastornos pero la diferencia clave entre los trastornos específicos es el detonante de esta evitación. La evitación va generalmente acompañada de componentes afectivos de temor, angustia o timidez. Algunos niños, sin embargo, especialmente los más jóvenes, pueden tener dificultades para verbalizar estas emociones. La ansiedad se produce debido a la expectativa de que algún evento peligroso o negativo está a punto de ocurrir, en otras palabras, a una anticipación de amenaza. Por lo tanto, al identificar a un niño ansioso, es crucial determinar si la evitación se produce debido a una expectativa de algún tipo de amenaza. Por ejemplo, dos niños pueden decir que no quieren ir a la escuela. En uno de los casos esto parece deberse al hecho de que se divierte más yendo a las tiendas con sus amigos, mientras que en el segundo caso, parece deberse a una creencia de que otros niños se burlan de él. A pesar de que superficialmente ambos parecen querer evitar la escuela, el primer caso no reflejaría ansiedad ya que su comportamiento no está motivado por una amenaza percibida.

Todos los trastornos de ansiedad implican una *anticipación de la amenaza*, que puede tener las formas de preocupación, rumiación, expectación ansiosa, o pensamientos negativos. Las principales diferencias entre los trastornos recaen en el contenido de estas creencias, como se describe a continuación. Además de las creencias descritas, comportamientos y emociones, los niños ansiosos a menudo presentan una serie de *síntomas físicos asociados que reflejan un aumento de la activación*; sin embargo, estos síntomas rara vez son específicos y por lo mismo son raramente diagnosticados. Los síntomas físicos comunes entre niños ansiosos incluyen: dolores de cabeza, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y tensión muscular. Además, es común que muchos niños ansiosos, especialmente aquellos que se preocupan de manera considerable, tengan problemas con el sueño.

Tabla F.1.1 Características principales y asociadas a los distintos trastornos de ansiedad.

TRASTORNO	CARACTERÍSTICA PRINCIPAL	CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS
Trastorno de Ansiedad por Separación	Miedo o preocupación de que algo malo va a ocurrirle al niño o a su figura de apego (comúnmente uno de los padres) cuando están separados. Como consecuencia de esta creencia, el niño evita la separación de la figura de apego.	<ul style="list-style-type: none"> Sueños o pesadillas sobre separación. Negativa a enfrentar situaciones que impliquen separación, incluyendo dormir fuera de la casa, ir a la escuela, visitar a amigos o familiares, quedarse en la casa solo o con cuidadores. Preocupación por las consecuencias de la separación, entre ellos, temor a ser secuestrado o herido o que la figura de apego sea herida o asesinada mientras están separados. Síntomas físicos cuando se anticipa la separación, incluyendo vómitos, diarrea y dolores de estómago.
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Una tendencia a preocuparse por una amplia gama de posibilidades negativas de que algo malo va a suceder.	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación repetida y excesiva en varias áreas, tales como las finanzas familiares, las amistades, las tareas escolares, el rendimiento deportivo, la salud propia y de la familia, así como cuestiones cotidianas y de menor importancia. Tendencia a buscar repetidamente la protección de los padres u otras personas por sus temores. Evitan la novedad, las noticias negativas, situaciones inciertas, y cometer errores. Síntomas físicos, insomnio e irritabilidad cuando están preocupados.
Trastorno de Ansiedad Social	Miedo y evitación de interacciones sociales, o desempeño social debido a la creencia de que los demás evaluarán negativamente al niño.	<ul style="list-style-type: none"> Evitan una serie de actividades sociales o situaciones que incluyen hablar o actuar delante de otros, conocer nuevos niños, hablar con figuras de autoridad como profesores, ser el centro de atención de cualquier manera, y para los adolescentes, miedo a las citas. Preocupaciones sobre la evaluación negativa de otros, incluyendo que otros piensen que son poco atractivos, estúpidos, desagradables, demasiado seguros de sí mismos, o raros. Número limitado de amigos y dificultad para hacer amigos nuevos. Altos niveles de timidez o centrados en sí mismos.
Fobias específicas	La característica principal de las fobias específicas implica el miedo y la evitación en respuesta a una serie de señales específicas, situaciones u objetos. Existe la creencia común de que el objeto o situación producirá daños personales.	<p>Algunos miedos comunes en los niños incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Animales, como perros o aves. Insectos o arañas. La oscuridad. Los ruidos fuertes y especialmente las tormentas. Payasos, máscaras, o personas que tienen apariencia inusual Sangre, enfermedad, inyecciones

Trastorno de Pánico y Agorafobia *		
Trastorno de Pánico	Experimenta miedo a sufrir ataques de pánico inesperados, lo que implica comúnmente varios síntomas y miedos a morir o volverse loco.	<ul style="list-style-type: none"> • Varios síntomas somáticos que alcanzan su pico máximo con relativa rapidez y se prolongan por un período específico. • Los síntomas comúnmente incluyen palpitaciones, disnea, mareos, temblores y dolor precordial (dolor de pecho). • Por lo menos algunos de los ataques ocurren inesperadamente o “de la nada”.
Agorafobia	La agorafobia implica un temor adicional y evitación de varias situaciones “agorafóbicas”, comúnmente debido al miedo de sufrir un ataque de pánico en esas situaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de situaciones que puedan provocar los síntomas o sus consecuencias. • Las situaciones agorafóbicas comunes incluyen lugares de los que es difícil escapar rápidamente como el transporte público, espacios cerrados, cines, peluquerías, o tráfico intenso. • Existe una frecuente dependencia con señales específicas que dan seguridad, comúnmente una figura de apego segura.

*Tanto el Trastorno de Pánico como la Agorafobia tienen su edad media de inicio en la edad adulta y, por tanto, son poco frecuentes en la infancia. Sólo en casos ocasionales ocurren antes de los 15 años y una cantidad reducida comienza entre los 15 a 18 años.

Como ya se mencionó, las diferencias claves entre los trastornos de ansiedad específicos implican los factores desencadenantes particulares para la ansiedad, las situaciones que se evitan, y el contenido de la creencia, como se muestra en la Tabla F.1.1. el Trastorno de Ansiedad por Separación y el Rechazo Escolar se describen en detalle en el Capítulo F.2.

Otros Trastornos de Ansiedad

Como se indicó anteriormente, los otros trastornos de ansiedad se abarcan en sus propios capítulos y por lo tanto, sólo se abordarán brevemente en este. El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), que fue clasificado en una categoría diferente de los trastornos ansiosos en el DSM-5, se presenta con pensamientos repetitivos e intrusivos, imágenes o impulsos, a menudo acompañados de acciones repetitivas características o comportamientos que tienen el objetivo de reducir la ansiedad. Los componentes mentales comúnmente se centran en la presunción de alguna amenaza o peligro (de ahí que fuera denominado un trastorno de ansiedad en clasificaciones anteriores al DSM-5), aunque algunas formas de TOC no presentan expectativa de amenaza y pueden centrarse más bien en la sensación de desagrado y la creencia de que ciertas acciones simplemente “están bien” (egosintonía). Cuando sí existe una sensación de anticipación de amenaza, los rituales correspondientes están generalmente dirigidos a prevenir o deshacer la expectativa de peligro. En los niños, el cuadro se complica por el hecho de que muchos, especialmente los más jóvenes, son incapaces de expresar claramente sus creencias y motivaciones. Entre los niños, los rituales más comunes incluyen el lavado compulsivo y el temor de contaminación, revisar u ordenar las cosas, y el miedo a que ocurra una catástrofe si ciertas acciones no se realizan adecuadamente.

El *Trastorno por Estrés Postraumático* consiste en una constelación de síntomas de activación aumentada (p. ej.: nerviosismo), pensamientos intrusivos (p. ej.: angustia debido a recuerdos del trauma), desapego emocional (p. ej.: problemas para recordar aspectos del trauma, anestesia emocional y aplanamiento afectivo) y evitación, lo que ocurre tras un acontecimiento grave (amenazante para la vida).

A pesar de que lamentablemente muchos niños en nuestro mundo experimentan acontecimientos amenazantes en sus vidas, el Trastorno de Estrés Postraumático es relativamente poco frecuente en la infancia (Rapee y cols., 2009). Algunos autores defienden la idea de que esto se debe a que los criterios no son sensibles a la presentación de los síntomas en los niños, mientras que otros sugieren que puede reflejar el reducido sentido de pasado y futuro en el desarrollo cognitivo de los niños. El trastorno de estrés postraumático se expone en detalle en el capítulo F.4.

Rechazo escolar

Aunque el rechazo escolar no es un diagnóstico formal en el DSM o CIE, se justifica una breve mención aquí debido a la discusión común que tiene en varios círculos. No hay duda de que muchos niños no desean asistir a la escuela y en un pequeño porcentaje de casos, los niños pudieran ausentarse por períodos prolongados. Esto a menudo se describe como rechazo escolar. El rechazo escolar no es un trastorno de ansiedad y puede ser motivado por muchos factores además de ansiedad, pero cuando ocurre, la ansiedad es un elemento subyacente común.

Sin embargo, la ansiedad por sí sola no es explicación suficiente. El rechazo escolar implica tanto una motivación del niño a no asistir a la escuela (a veces debido a la ansiedad) combinada con un consentimiento social y generalmente parental a esta demanda. Naturalmente, este último componente variará en las diversas culturas dependiendo de las reglas de asistencia a la escuela, las normas sociales y las necesidades de los padres (p. ej.: la pobreza extrema). Debido a las leyes y normas sociales, se espera que los niños asistan a la escuela (como en en la mayoría de los países occidentales), y entonces el rechazo escolar implica comúnmente que el niño tenga dificultades dentro de la familia, o por lo menos con uno de los padres. Por ejemplo, en algunos casos la inasistencia escolar es alentada en parte por uno de los padres que desea que el niño colabore con sus propias necesidades (p. ej.: una discapacidad física o mental) o porque la relación padre-hijo se constituye como patológica debido a graves problemas matrimoniales, entre otros. En otras palabras, el rechazo escolar crónico puede reflejar una variedad de dificultades de ansiedad (u otros) en el niño (p. ej.: miedo a las tareas escolares, ansiedad por separación, miedos sociales, *bullying*, etc.) combinadas con las dificultades parentales o familiares y en algunos casos con apoyo social para la inasistencia (ver capítulo F.2 para discusión adicional).

Comorbilidad

Como se mencionó anteriormente, en las discusiones sobre ansiedad infantil, es común enfocarse en la ansiedad como un espectro (y, a veces, en trastornos relacionados), en lugar de centrarse en un trastorno único. Una de las razones principales de esto es la fuerte superposición entre los trastornos de ansiedad y entre la ansiedad y otros trastornos internalizantes, en especial la depresión. Los niños con ansiedad clínica rara vez cumplen criterios para solamente un trastorno. Dentro de la población que busca tratamiento, alrededor del 80% a 90% cumple criterios para más de un trastorno mental. La mayoría, hasta un 75% , reúne los criterios para más de un trastorno de ansiedad. Otro 10% a 30% cumple, además, criterios para un trastorno del ánimo comórbido. Las diferencias con respecto a la edad son evidentes, alrededor del 30% de los adolescentes que buscan tratamiento cumple criterios para un trastorno del ánimo comórbido, mientras que sólo alrededor del 10% al 15% de los niños más pequeños con ansiedad cumplen

Ansiedad social

Cabe señalar que los niños socialmente ansiosos no necesariamente tienen bajas habilidades sociales. Ellos comúnmente son ignorados o desatendidos más que rechazados. Sin embargo, como resultado de su ansiedad, a veces pueden actuar de una manera socialmente torpe y conducirse mal en situaciones sociales. Por ejemplo, puede que no hablen mucho o lo hagan en voz muy baja, puede que tengan poco contacto visual, o hablen de manera titubeante o poco segura.

tales criterios. Aproximadamente el 25% de los niños más pequeños con ansiedad también cumple los criterios de un trastorno de conducta comórbido. Cifras similares se encuentran en muestras poblacionales, aunque la proporción de niños con un único trastorno de ansiedad es ligeramente superior. Aún así, incluso en muestras poblacionales, los niños con trastornos de ansiedad tienen una marcada predisposición a presentar trastornos comórbidos de ansiedad, del ánimo y de la conducta. Curiosamente, los niños con ansiedad no parecen estar en mayor riesgo de presentar abuso de sustancias, probablemente esto refleja el hecho de que estos niños generalmente obedecen las reglas y no toman riesgos. La superposición entre los trastornos de ansiedad y abuso de alcohol no aparece hasta la adolescencia tardía o adultez temprana (Costello y cols, 2003).

Principales cambios en DSM-5

- Se retira el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo, se incluyen dentro del grupo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- No se incluye al TOC, el cual tiene un capítulo propio: “trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”.
- Cambios en los criterios para la fobia específica y trastorno de ansiedad social (antes fobia social)
- Incluyen la supresión de la exigencia para las personas mayores de 18 años de reconocer que su ansiedad es excesiva o irrazonable. En su lugar, la ansiedad debe ser fuera de proporción con el peligro real o amenaza de la situación.
- La duración de 6 meses se extiende ahora a todas las edades.
- Los ataques de pánico ahora se pueden enumerar como un especificador que es aplicable a todos los trastornos en DSM-5.
- La ansiedad por separación y el mutismo selectivo (anteriormente dentro del grupo de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia), se incluyen dentro del grupo de los trastornos de ansiedad.
- Desorden de pánico y la agorafobia no están ligados en el DSM-5. Los diagnósticos de trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico en DSM-IV se sustituyen en DSM-5 por dos diagnósticos: trastorno de pánico y agorafobia, cada uno con criterios diagnósticos diferentes.
- La redacción de los criterios se modifica para representar de manera más adecuada la expresión de los síntomas de ansiedad de separación en la edad adulta.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia

Las estimaciones de prevalencia de la ansiedad infantil han sido algo variables entre los diferentes estudios y países debido a diversos factores, entre ellos las variaciones en los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación y la forma de selección de las muestras. En general, alrededor de 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad durante un período determinado en la población occidental (Rapee y cols, 2009). Existen pocos

datos disponibles en otras culturas, pero un estudio en Puerto Rico ha mostrado tasas similares (Canino y cols, 2004). En la mayoría de los estudios la prevalencia es más alta para las fobias específicas, y moderada para la ansiedad por separación, ansiedad generalizada y fobia social. Se registran tasas considerablemente más bajas para el trastorno obsesivo compulsivo, y para el trastorno de estrés postraumático se registran tasas aún más bajas.

Distribución por género

En la población general los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres. Para la mayoría de los estudios poblacionales de trastornos de ansiedad se estima que los padecen alrededor de 1,5 a 2 veces más las mujeres que hombres. Existe alguna evidencia de que esta diferencia de género aparece muy temprano -tan prematuramente como los 5 años de edad. En cambio, en las muestras de pacientes que buscan tratamiento en sociedades occidentales, las distribuciones son más equivalentes e incluso incluyen un poco más a los hombres.

Edad de inicio

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos de aparición más temprana y en la mayoría de los casos comienzan entre la segunda infancia y la adolescencia media. Como se discutirá más adelante, es común que los trastornos de ansiedad aparezcan dentro de un contexto de inhibición temperamental (ver más abajo) y timidez. Por lo tanto, con frecuencia es difícil determinar exactamente cuándo comienza el trastorno de ansiedad y se puede decir, en cierta medida, que los niños ansiosos a menudo lo son desde su nacimiento. Sin embargo, las estimaciones de edad promedio de inicio para los diferentes trastornos son las siguientes (estas son estimaciones, en casos individuales el trastorno puede comenzar antes):

- Fobias a los animales –primera infancia (alrededor de 6-7 años).
- Trastorno de Ansiedad por Separación –primera a segunda infancia (alrededor de 7-8 años).
- Trastorno de Ansiedad Generalizada –hacia el final de la infancia (alrededor de 10-12 años)
- Trastorno de Ansiedad Social –adolescencia temprana (alrededor de 11-13 años)
- Trastorno Obsesivo Compulsivo –adolescencia media (alrededor de 11-15 años)
- Trastorno de Pánico –adultez temprana (alrededor de 22-24 años)

Evolución de la enfermedad

Los trastornos de ansiedad son una de las formas más estables de psicopatología y muestran relativamente poca remisión espontánea. Los niños ansiosos también se encuentran en mayor riesgo de desarrollar otros trastornos durante la adolescencia y la edad adulta. Estudios longitudinales han demostrado que los niños ansiosos tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir trastornos de ansiedad y del ánimo en la adolescencia así como trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, y suicidio en la adultez. (Last, y cols, 1997; Pine y cols, 1998).

Otras características demográficas

Curiosamente, la ansiedad en la infancia se caracteriza por tener unos pocos factores de riesgo demográficos. Existe cierta evidencia de que el bajo nivel socioeconómico podría ser un factor de riesgo para la ansiedad, pero los datos se entremezclan y el grado de riesgo resulta bajo. De manera similar, algunas investigaciones dan a entender que los niños primogénitos en particular son más propensos a presentar ansiedad social, pero otras investigaciones no logran respaldar esta conclusión. La mayoría de las otras características demográficas no son capaces de predecir la ansiedad. Por lo tanto, los niños ansiosos no dependen del tamaño de su familia, el estado civil de los padres, el nivel educacional o la inteligencia (Rapee et al, 2009).

EVALUACIÓN

La evaluación clínica incluye generalmente una combinación de cuestionarios, entrevista de diagnóstico y observación de la conducta. Sin embargo, en la mayoría de los contextos clínicos, una entrevista de diagnóstico y un pequeño número de cuestionarios será más apropiado.

Entrevista de diagnóstico

Existen varias entrevistas de diagnóstico estructuradas para ayudar a determinar trastornos infantiles incluyendo la ansiedad, ya sea con criterios DSM o CIE. La mayoría de las entrevistas incluyen un gran número de preguntas destinadas a encontrar criterios diagnósticos pertinentes y generalmente difieren en su nivel de estructura. Algunos instrumentos ampliamente utilizados incluyen:

- *Programa de trastornos afectivos y esquizofrenia en niños* (K-SADS)
- *Evaluación de Desarrollo y Bienestar* (DAWBA)
- *Entrevista Diagnóstica para niños* (DISC)

Si el interés se centra en la ansiedad, más específicamente, entonces, el *Programa de Entrevistas para Trastornos de Ansiedad en Niños* (ADIS-C) (Silverman y Albano, 1996) tiene un enfoque principal en estos trastornos. Para niños muy pequeños, la *Evaluación Psiquiátrica en Edad Preescolar* (PAPA) es un instrumento útil (Egger y cols, 2006). La mayoría de las entrevistas estructuradas implican entrevistas por separado con los padres y el niño y el clínico se enfrenta a la tarea de combinar la información de ambas partes.

Como la mayoría de los trastornos de la infancia, la información de los padres y los niños acerca de los trastornos de ansiedad comúnmente contiene varios aspectos discordantes. Se debe aplicar el juicio clínico y la experiencia para determinar qué información está más fuertemente ponderada y la mejor manera de combinar la información (ver capítulo A.3 para un tratamiento más detallado de este tema). A menudo se piensa que los niños ansiosos son “buenos farsantes” (Kendall & Chansky, 1991) o, en otras palabras, son buenos negando que se sienten ansiosos o proporcionando respuestas que ellos piensan que son socialmente aceptables. Aún así, muchos padres también son ansiosos (ver más adelante) y en algunos casos exageran las dificultades del niño debido a su propia angustia. Por lo tanto, el entrevistador necesita obtener suficientes detalles que le permitan emitir un juicio acerca de cuál es el relato más preciso y qué aspectos de la información pueden ser inexactos por diferentes razones.



Pulse en imagen para ver el sitio web del Centro de Salud Emocional donde podrá descargar las encuestas CATS, SAS-TR, y CALIS, así como la PASR, de forma gratuita. Algunas de estas escalas están disponibles en otros idiomas diferentes al inglés.

Distinguir clínicamente entre los trastornos específicos puede ser difícil. Como se describió anteriormente, es importante determinar la motivación básica detrás de ciertos comportamientos particulares a fin de identificar el diagnóstico pertinente. Por ejemplo, los niños pequeños que tienen una rabieta cuando sus padres planean salir pueden estar haciéndolo debido a la atención y recompensas posteriores que reciben, o al temor de ser separados. Clínicamente, una vez que todos los comportamientos, motivaciones y criterios de diagnóstico se han evaluado y se ha determinado que el niño cumple con los criterios para dos (o más) trastornos claramente diferenciados, generalmente es útil determinar cuál de los trastornos es *primario o principal*. La mayoría de los autores conceptualizan el *trastorno principal* como el que produce el mayor impacto e interferencia en la vida del niño. Por lo tanto, este trastorno suele ser el primer foco en la terapia. La mayoría de las evaluaciones empíricas de los tratamientos para la ansiedad infantil se basan en que los niños cumplan con los criterios para trastornos de ansiedad como trastorno principal. En algunos casos, sin embargo, puede ser más importante determinar qué trastorno parece estar en un nivel subyacente o ser la causa de los problemas. Por ejemplo, un niño que sufre de depresión, soledad y victimización a causa de su ansiedad social puede responder mejor si se trata en primer lugar la ansiedad social, independientemente de si es el *trastorno primario*. En algunos casos, se puede esperar que un problema particular interfiera con la respuesta al tratamiento y por lo tanto puede requerir atención inicial, incluso si no es el trastorno principal. Por ejemplo, un niño cuya ansiedad parece interferir en mayor medida pero cuya depresión adicional tiene como consecuencia baja motivación, puede necesitar tratamiento dirigido a la depresión y a la motivación para lograr que sean capaces de participar en el tratamiento para la ansiedad.

Cuestionarios para evaluación de la ansiedad infantil

La gravedad de la ansiedad, o la extensión de su sintomatología, se pueden medir utilizando varios cuestionarios que ya se encuentran bien desarrollados. La mayoría de estas mediciones ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en niños entre 8 y 9 años edad y se pueden utilizar hasta la adolescencia media o tardía. Desde la adolescencia media, son generalmente más adecuadas las mediciones de ansiedad para adultos. Se han desarrollado muy pocas mediciones para los niños más pequeños.

Algunos cuestionarios contienen varias subescalas que abordan aspectos que parecen diagnósticos, tales como ansiedad por separación, ansiedad social o ansiedad generalizada. La mayoría de estos cuestionarios tienen versiones paralelas para padres e hijos. Estos incluyen:

- *Escala de Ansiedad para Niños de Spence* (SCAS) (gratuita)
- *Monitoreo de ansiedad y trastornos relacionados* (SCARED)
- *Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños* (MASC)

Recientemente se ha desarrollado una escala similar para niños en edad preescolar, para ser completada únicamente por los padres - *la Escala de Ansiedad del Preescolar, Revisada* (PAS-R) (gratuita y disponible en varios idiomas).



Jerome Kagan, profesor de Psicología en la Universidad de Harvard, es uno de los académicos que ha contribuido al desarrollo del concepto de Temperamento, que definió como "reacciones emocionales y de comportamiento estables que aparecen temprano en la vida". Él describió dos tipos de temperamento: inhibido y desinhibido. El primero se aplica a los niños que son vergonzosos, tímidos, socialmente retraídos y temerosos, mientras que el segundo se refiere a los niños que son extrovertidos, alegres y osados.

Parece ser que el miedo a los extraños puede verse aumentado a través de la interacción entre el temperamento del niño y los signos abiertos de miedo de la madre.

Muchas mediciones más antiguas tienen como objetivo evaluar el grado general de ansiedad más ampliamente, estas incluyen:

- *Escala de Ansiedad Manifiesta, Revisada* (RCMAS)
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños* (STAIC)
- *Inventario de Ansiedad de Beck para jóvenes.*

También se ha desarrollado una escala similar para evaluar sintomatología de internalización para niños en edad preescolar que debe ser completada por los padres - Children's Moods, Fears and Worries [Estados de ánimo, miedos y preocupaciones en los niños.] (Bayer et al, 2006).

En algunas circunstancias, puede ser necesaria una evaluación más específica y detallada de alguna forma particular de ansiedad. En estos casos, algunos instrumentos abordan aspectos específicos de la ansiedad incluyendo:

- *Cuestionario de Miedos para Niños, Revisado* (FSSCR)
- *Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños* (SPAIC)
- *Escala de Fobia Social para Niños - Revised* (SASC-R)
- *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños* (CASI) (Silverman et al, 1991)

Por último, algunas evaluaciones de nuestro propio centro pueden ser de gran utilidad, ya que estas abordan aspectos relevantes relacionados con los trastornos de ansiedad. La Escala de Pensamientos Automáticos de Niños (CATS) está diseñada para evaluar creencias específicas que tienen niños y adolescentes en una variedad de trastornos. Dos subescalas son especialmente relevantes para la ansiedad: contienen creencias relacionadas con la amenaza social y física. Las subescalas restantes evalúan las creencias relacionadas con el fracaso personal y la hostilidad. La Escala de Ansiedad Escolar, versión para el profesor (SAS-TR) proporciona una medición de la ansiedad infantil que puede ser completada por el profesor. Por tanto, esta medición proporciona una fuente adicional de información que puede profundizar un cuadro clínico más amplio del niño ansioso. Por último, la Escala de Interferencia de la Ansiedad en la Vida del Niño (CALIS) ofrece dos mediciones paralelas (una reportada por el niño y la otra por sus padres) que evalúan el grado en que los efectos de la ansiedad impactan en la vida del niño y de su familia.

En algunos países latinoamericanos como Chile, la escala más utilizada es el SCARED; en Argentina el SCARED, el MASC, el cuestionario STAIC (de rasgo y estado) y el CDI. En México, además de los mencionados, se utilizan el instrumento de tamizaje y el suplemento de ansiedad del K-SADS. En Uruguay se utiliza el ítem Ansiedad/Depresión del CBCL.

La posibilidad de realizar investigación transcultural sobre ansiedad infantil utilizando la SCAS, es otra ventaja que se ha visto reforzada por estudios que han corroborado sus propiedades psicométricas con poblaciones infantiles holandesas (Muris et al., 2000), alemanas (Essau, Muris, & Ederer, 2002; Essau et al., 2004) japonesas (Essau et al., 2004; Ishikawa, Sato, & Sasagawa, 2009), españolas (Servera et al., 2005) y griegas (Mellon & Moutvelis, 2007). La investigación entre culturas sobre las características de la ansiedad en los niños, permite una mejor comprensión de la naturaleza de la ansiedad y el diseño de programas pertinentes para su tratamiento.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES MANTENEDORES

Transmisión familiar

La ansiedad es hereditaria. Parientes de primer grado de personas con trastornos de ansiedad tienen un riesgo significativamente mayor de tener también trastornos de ansiedad, así como trastornos del ánimo. Lo mismo ocurre más específicamente con la ansiedad en niños y adolescentes. Los niños ansiosos son considerablemente más propensos a tener padres con trastornos de ansiedad y adultos con trastornos de ansiedad son más propensos a tener niños ansiosos.

(Rapee y cols., 2009). Una relación similar se produce de manera más general para el temperamento relacionado con la ansiedad (ver abajo). Los adultos con trastornos de ansiedad son más propensos a tener hijos altamente inhibidos y los niños inhibidos son más propensos a tener padres con trastornos de ansiedad y del ánimo (Rosenbaum y cols., 1993).

Un hallazgo importante es que la transmisión familiar de la ansiedad parece ser específica. En otras palabras, diversos estudios han demostrado que las personas con un trastorno de ansiedad particular (p. ej.: fobia social) son más propensas a tener parientes de primer grado con el mismo trastorno (fobia social) que con otros trastornos de ansiedad. Esto difiere de otra investigación sobre los factores genéticos que no ha mostrado especificidad (ver abajo). La transmisión familiar por supuesto que puede reflejar influencias tanto genéticas como ambientales, por lo que es tentador especular que la transmisión genética confiere un riesgo general, amplio, mientras que el entorno familiar puede moldear ese riesgo en manifestaciones específicas.

Factores genéticos

No hay duda de que los trastornos de ansiedad se transmiten genéticamente. Las mejores estimaciones indican que alrededor del 40% de la varianza en los síntomas de ansiedad y en los diagnósticos de trastorno de ansiedad está mediado por factores genéticos. Esta estimación es aún mayor si se considera la estabilidad de la ansiedad en el tiempo. Se han obtenido resultados similares, aunque con menor investigación, sobre la ansiedad específicamente durante los años de la infancia. Estudios de ansiedad en gemelos indican que alrededor del 30% al 40% de la varianza en los síntomas y trastornos se puede atribuir a la heredabilidad (Gregory y Eley, 2007). Existe cierta evidencia (no obstante con limitaciones) de que las estimaciones de heredabilidad del riesgo temperamental para la ansiedad (p. ej.: la inhibición) son ligeramente superiores (Rapee y Coplan, 2010). Como se mencionó anteriormente, el riesgo genético para los trastornos de ansiedad parece ser en gran medida general y aparentemente se asocia a un factor muy amplio como el neuroticismo general (Gregory y Eley, 2007).

La investigación sobre los genes específicos que subyacen a los trastornos de ansiedad es menos extensa y, hasta la fecha, no existe evidencia que asocie cualquier gen individual específicamente con la ansiedad. Se han explorado muchos genes, siendo los más ampliamente estudiados los de la región promotora del gen transportador de serotonina (5HTTLPR). Sin embargo, los polimorfismos en este gen se han asociado con diferentes trastornos y es poco probable que pudiera desempeñar un papel específico en la ansiedad. De hecho, cierta teoría

afirma que el tener dos alelos cortos en el gen 5HTT puede aumentar la capacidad de respuesta global de un individuo a eventos ambientales (positivos y negativos) (Belsky y cols., 2009).

Factores temperamentales

El temperamento como factor de riesgo para la ansiedad es probablemente el más estudiado y más claramente establecido (Fox y cols, 2005; Rapee y cols, 2009). Se ha asociado una variedad de temperamentos similares con la ansiedad de los niños, incluyendo: la inhibición del comportamiento, el retraimiento, la timidez y el temor. Me referiré a estos diversos temperamentos en esta sección bajo el término general inhibición. Numerosas investigaciones han demostrado que los niños muy pequeños que son identificados como altamente inhibidos están en mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad posteriores. Como se describió anteriormente, la investigación también ha relacionado la inhibición con los trastornos de ansiedad en parientes de primer grado. La evaluación de la inhibición comúnmente ocurre en niños entre los 2 y 5 años de edad. Esto se puede hacer a través de cuestionarios u observación directa. Las características comunes de la inhibición incluyen:

Al parecer el miedo a los extraños se puede incrementar a través de una interacción entre el temperamento del niño y los indicadores de miedo manifiestos de la madre.

- Retraimiento frente a lo nuevo.
- Demoran en entrar en confianza con extraños o pares.
- No sonríen.
- Mantienen mucha proximidad con una de sus figuras de apego.
- No conversan.
- Ejercen limitado contacto visual o “evaden” la mirada.
- No buscan explorar nuevas situaciones.

Los niños que muestran estas características durante la edad preescolar son de 2 a 4 veces más propensos a reunir los criterios para trastornos de ansiedad durante la niñez media y se ha demostrado que este aumento del riesgo continuará al menos hasta la adolescencia (Fox y cols., 2005). Algunas evidencias también indican que los infantes (de 3-6 meses) que muestran altos niveles de excitación y emotividad están en mayor riesgo de mostrar alta inhibición entre los 2 a 5 años de edad. Por lo tanto, parece ser posible identificar un riesgo alto para la ansiedad desde los pocos meses de edad (Kagan y Snidman, 1991).

Teóricamente, la principal complicación de esta investigación es el amplio solapamiento entre los aspectos de los trastornos de inhibición y de ansiedad. Así, uno podría argumentar que la inhibición es simplemente una versión menos clara o una manifestación precoz de un trastorno de ansiedad. Hay algunas evidencias de que la inhibición y el trastorno tienen algunas características únicas y por lo tanto representan constructos diferentes, pero la cuestión está lejos de ser establecida (Rapee y Coplan, 2010).

Factores parentales y familiares

Dada la evidencia descrita anteriormente sobre la transmisión de la ansiedad dentro de las familias, comúnmente se ha supuesto que los padres y el entorno familiar deben contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad. Sin embargo, ha sido difícil obtener esta evidencia y los datos no han sido totalmente

consistentes. La investigación más amplia se ha centrado en la crianza y en las interacciones de los padres con sus hijos.

Actualmente hay pocas dudas de que la crianza de niños ansiosos está caracterizada por la sobreprotección, intrusismo y, en menor medida, negatividad (McLeod y cols., 2007). Si esta relación es causal, es difícil de determinar y, hasta la fecha, ha habido muy poco análisis sobre esta cuestión. Las teorías argumentan que es probable que la relación padre-hijo refleje interacciones cíclicas. Es decir, los niños inhibidos son propensos a provocar la sobreprotección por parte de sus padres y, a su vez, es probable que la crianza sobreprotectora conduzca a una mayor ansiedad (Hudson & Rapee, 2004; Rubin y cols, 2009). Pocos estudios longitudinales se han dirigido a estudiar esta relación, pero al menos existe evidencia consistente con esta teoría (Edwards y cols., 2010). También hay alguna evidencia de que una interacción entre el gen transportador de la serotonina y la crianza predice más adelante la ansiedad en los niños pequeños (Fox y cols, 2005).

A menudo se ha asumido que los padres ansiosos aumentan los riesgos de ansiedad en sus niños al moldearlos dentro de sus propios miedos y estrategias de afrontamiento. Esta teoría, sin embargo, ha recibido muy poco análisis. La principal línea de investigación proviene de estudios de laboratorio con niños muy pequeños. La investigación ha demostrado que los niños de alrededor de 6 a 18 meses pueden aprender a temer y a evitar un nuevo estímulo mediante la observación de sus madres cuando ellas actúan de manera temerosa. Más importante aún, se ha demostrado que las madres con ansiedad social transmiten a sus hijos miedo a los extraños de esta misma manera y a su vez, el grado de temor que el infante desarrolla depende en parte del nivel de temperamento inhibido preexistente que manifieste (de Rosnay y cols, 2006). Así, al parecer, el miedo a los extraños se puede incrementar a través de la interacción entre el temperamento del niño y las señales de miedo manifestadas por la madre. En los niños de mayor edad se ha demostrado que la información transmitida verbalmente sobre el peligro puede aumentar el miedo a ciertas señales particulares. Por ejemplo, cuando los niños obtienen información sobre una nueva señal que sugiere que podría ser peligrosa, muestran aumento del miedo, excitación fisiológica, creencias sobre amenazas y evitación de dicha señal, lo que puede durar varios meses (Field, 2006).

Por último, una de las preguntas claves es conocer si los entornos familiares perturbados juegan algún papel en el desarrollo de la ansiedad infantil. Ha habido una gran cantidad de investigación longitudinal que analiza el impacto a largo plazo de la angustia y la violencia familiar, el divorcio o separación de los padres y el abuso sexual y físico, aunque poco de este trabajo se ha centrado con claridad en los trastornos de ansiedad. En general, parece que el abuso sexual - y en menor medida el maltrato físico y la violencia familiar - pueden aumentar la ansiedad en los niños. Sin embargo, es probable que este aumento sea temporal y no está claro si estos factores contribuyen significativamente al desarrollo de los trastornos de ansiedad a más largo plazo. Más importante aún, es evidente que estos factores son inespecíficos y aumentan el riesgo de variada psicopatología infantil, probablemente menos que los trastornos de ansiedad (Rapee, en la prensa).



Haga clic en la imagen para escuchar a Eli R. Lebowitz PhD hablar sobre las TCC para los trastornos de ansiedad infantil (13:14, en inglés)

Eventos vitales

Aunque ha habido una gran cantidad de investigaciones que examinan el papel de los eventos vitales negativos de la vida en la aparición de trastornos de ansiedad en el adulto (principalmente agorafobia), existe muy poca investigación que haya estudiado los eventos de la vida en la ansiedad infantil. Esto puede deberse a que la ansiedad infantil a menudo se desarrolla en un contexto de temperamento inhibido y es relativamente raro un inicio repentino y claro. La evidencia sugiere que los niños ansiosos reportan un mayor número de acontecimientos negativos en la vida y estos tienen un mayor impacto que en los niños sin trastornos de ansiedad. Si bien es posible que esta diferencia refleje los sesgos cognitivos y de información al menos un trabajo ha demostrado esta diferencia a través de entrevistas con los padres y de identificación de evidencia que la corroboran (Allen y cols, 2008). Sin embargo, demuestran que el hecho de que los niños ansiosos tengan más eventos negativos que los niños sin ansiedad no quiere decir que estos eventos necesariamente causen o desencadenen su ansiedad. De hecho, los datos sugieren que la mayor diferencia se encuentra en los llamados eventos “dependientes” de la vida. Los eventos dependientes son aquellos que podrían ser el resultado de la conducta del niño (p. ej.: sacar mala nota en una prueba podría ser el resultado de que el niño no estudió). Por lo tanto, es muy posible que la ansiedad infantil conduzca a eventos más negativos de la vida, tal vez debido a la preocupación y la evitación asociada con la ansiedad. Por supuesto, también es posible que este aumento de la tensión, a su vez, ayude a mantener e incluso aumentar la ansiedad.

Eventos específicos de la vida que han sido objeto de especial atención son el bullying y las burlas. Existe evidencia considerable que los niños ansiosos tienen más probabilidades de ser objeto de burlas y bullying que los niños no ansiosos y que a menudo son ignorados o incluso rechazados por sus pares (Grills & Ollendick, 2002). Una vez más la causalidad es desconocida, pero es muy probable que los niños ansiosos provoquen las burlas de los demás debido a sus propios comportamientos y a su vez, es probable que las bromas aumenten aún más su ansiedad.

Sesgos cognitivos

Los niños ansiosos reportan un aumento de las creencias y expectativas de amenaza. Hasta cierto punto esto es un reflejo del diagnóstico, pero también se postula que esto representa una característica fundamental para mantener el trastorno en el tiempo. Aunque existe una considerable superposición, en cierta medida las expectativas de amenazas son específicas. Es decir, los niños con fobia social son más propensos a experimentar el aumento de las expectativas de amenaza social (p. ej.: “los otros niños no me van a querer”), los niños con ansiedad de separación experimentan un aumento de expectativas de amenaza física (p. ej.: “mis padres resultarán heridos”), etcétera. La evidencia sugiere que estas creencias de amenazas son mayores entre los niños ansiosos que entre los niños con otras psicopatologías y que disminuyen con un tratamiento exitoso (Schniering & Lyneham, 2007). El hecho de que se trate de una relación causal con la aparición de la ansiedad o simplemente reflejen la ansiedad, no está claro.

Investigaciones más recientes también se han enfocado en cómo los niños ansiosos procesan la información de las amenazas (Hadwin y cols, 2006). Como ya se ha demostrado en adultos, los niños ansiosos tienen tanto un sesgo en la atención hacia la amenaza como un sesgo para interpretar la información ambigua de una manera constantemente amenazante. Algunas investigaciones han demostrado que estos sesgos disminuyen con un tratamiento exitoso.

Los resultados indican que el 50% al 60% de los niños se consideran libres de diagnóstico al final del tratamiento (basados en habilidades o programas TCC) y esta cifra normalmente aumenta a 70% u 80% a los 12 meses del fin del tratamiento.

TRATAMIENTO

Psicofarmacología

El manejo farmacológico de la ansiedad en los niños generalmente ha estado enfocado en el uso de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). Algunas investigaciones anteriores enfocadas en TOC, en las que se utilizaron antidepresivos tricíclicos, se abordan en el capítulo F.3. Varios estudios han demostrado eficacia significativa de ISRS como fluoxetina, sertralina y paroxetina en el tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada, aunque la mayoría de los estudios se ha centrado principalmente en el tratamiento del TOC (Ipser y cols., 2009). Se ha encontrado poca diferencia entre agentes específicos, aunque no se recomienda el consumo de paroxetina en este grupo de edad. El tratamiento generalmente ha durado entre 10 y 15 semanas. Los resultados indican que entre el 50% y 60% de los niños son considerados como responsivos al tratamiento en la etapa final comparado con alrededor del 30% de aquellos con placebo. Desafortunadamente, poco se ha investigado sobre la mantención de los buenos resultados a largo plazo, pero hay algún indicio en la literatura de que los efectos de la medicación se pueden estabilizar después de alrededor de 8 semanas (Ipser y cols., 2009). Los efectos adversos de la medicación son relativamente poco

Tabla F.1.2 Sesiones y componentes del programa *Cool Kids*.

Sesión	Niños	Padres
1	Psicoeducación	Psicoeducación y bases del tratamiento
2	Reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva para padres e hijos
3	Práctica de reestructuración cognitiva	Práctica de reestructuración cognitiva Habilidades en el manejo del niño.
4	Exposición in vivo y desarrollo de jerarquías	Exposición in vivo y desarrollo de jerarquías
5	Lidiar con las dificultades frente a la exposición.	Lidiar con las dificultades frente a la exposición.
6	Práctica de exposición y reestructuración cognitiva	Práctica de exposición, reestructuración cognitiva y manejo del niño.
7	Introducir asertividad y habilidades sociales.	Formas de aumentar la asertividad y las habilidades sociales.
8	Burlas y <i>bullying</i>	Burlas y <i>bullying</i> .
9	Práctica y repaso.	Práctica y repaso.
10	Práctica, repaso y prevención de recaídas.	Práctica, repaso y prevención de recaídas.

Tabla F.1.3 Tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia en la práctica

- Tratamiento de primera línea: Tratamiento de baja intensidad - incluyendo el uso de libros (biblioterapia), CDs o programas de Internet (e-terapia). No se recomienda en casos de necesidad muy urgente (p. ej.: rechazo escolar crónico), alto riesgo (p. ej.: ideación suicida), o en casos de relaciones padres-hijo particularmente deficientes.
- Si el paciente no desea intentar el tratamiento de baja intensidad -entonces esta no se recomienda.. -O si el paciente no mejora con el tratamiento de baja intensidad, sugerir TCC tradicional, o tratamiento basado en desarrollo de habilidades con un profesional cualificado en cualquiera de los casos, a excepción de los pacientes que rechacen el tratamiento basado en el desarrollo de habilidades o si la TCC no estuviera disponible.
- Si un paciente no mejora después de un programa de tratamiento entregado por un profesional de salud experto durante el tiempo suficiente (12 a 20 semanas), rechaza el tratamiento basado en el desarrollo de habilidades o la TCC no está disponible, considerar la medicación.
- Cuando los pacientes son tratados farmacológicamente - de forma única, o en combinación con TCC (tratamiento multimodal) – tenga en cuenta que:
 - Ningún medicamento para cualquier trastorno de ansiedad está aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) en pacientes menores de 6 años de edad (ver Tabla A.8.1). En general, evitar la medicación en los niños más pequeños (es decir, menores de 10 años de edad).
 - Si bien hay evidencia de la efectividad de algunos ISRS para varios trastornos de ansiedad (p. ej.: TOC, Fobia Social, Ansiedad Generalizada) (ver Tabla A.8.1), estos están aprobados formalmente por la FDA en EE.UU. sólo para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (es decir, que se utilizan “fuera de lo autorizado” para los trastornos de ansiedad con excepción del TOC). Esto puede no ser el caso en otros países.
 - Evitar el uso de benzodiazepinas. Si bien las benzodiazepinas reducen la ansiedad en el corto plazo, no hay evidencia de que sean eficaces en el tratamiento del trastorno. Estas tienen más efectos secundarios en las personas jóvenes y mayor potencial de generar dependencia.
 - Monitorear efectos secundarios, particularmente tendencias suicidas.
 - Examinar al paciente periódicamente, primero semanalmente, después de forma mensual.
 - Monitorear la respuesta usando una escala de calificación adecuada y si no hay mejoría cambiar a otro ISRS o, si no lo ha intentado, añadir TCC.



Pulse aquí para escuchar al Professor Rapee hablar sobre Trastornos de Ansiedad (06:08, en inglés)

frecuentes, pero ocurren de manera significativa y hasta un 7% de los niños con ansiedad suspenden los ISRS debido a los efectos secundarios. Se debe monitorear la tendencia suicida en todos los jóvenes que toman ISRS (para más detalles sobre el tratamiento farmacológico ver capítulo A.8 y cuadro A.8.1).

Programas basados en el desarrollo de habilidades

La mayoría de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia para la ansiedad infantil se encuentran bajo la amplia categoría de tratamiento cognitivo-conductual o tratamiento basado en el desarrollo de habilidades. La base fundamental es enseñar al niño (y a veces a los padres) habilidades específicas para

ayudar a manejar y contener la ansiedad del niño. La mayoría de los tratamientos comprenden paquetes integrales o combinaciones de técnicas.

Técnicas específicas de tratamiento incluyen:

- Psicoeducación.
- Técnicas de Relajación.
- La exposición In vivo o mediante imaginería.
- Manejo de Contingencias.
- Entrenamiento para padres.
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en el desarrollo de habilidades sociales y asertividad.

Los programas de tratamiento normalmente duran entre 8 a 15 semanas con sesiones de entre 1 y 2 horas y se realizan en formato de grupo o individual. Los resultados indican que entre el trastorno remite en el 50% a 60% de los niños al final del tratamiento y esta cifra normalmente aumenta a 70% u 80% hasta 12 meses posterior a la finalización del tratamiento (James y cols, 2006). Algunos estudios han indicado que los avances del tratamiento se mantienen hasta 6 a 8 años después de haberlo finalizado (p. ej.: Kendall y cols, 2004).

Algunos estudios han intentado identificar factores que pueden influir en la eficacia del tratamiento. Existe alguna evidencia que los resultados son diferentes dependiendo de si el tratamiento se efectúa modalidad grupal o individual.

Una cuestión muy importante que ha recibido cierta atención es hasta qué punto es necesario incluir a los padres y enseñarles habilidades específicas en el tratamiento. La evidencia sobre este tema ha sido variada, pero en general señala algunos, aunque pequeños, beneficios de incluir a los padres como participantes activos en el tratamiento (Creswell y Cartwright-Hatton, 2007). Sin embargo, los estudios que han abordado este tema rara vez han tomado en cuenta la edad del niño. Como es de esperar, los indicios en la literatura sugieren que la inclusión de los padres en el tratamiento sea de relativa importancia en el tratamiento de los niños más pequeños, pero muestra poco beneficio en el tratamiento de los adolescentes (Barrett y cols., 1996).

Otra cuestión relevante es la influencia de los diagnósticos comórbidos en los efectos del tratamiento. Sorprendentemente, la mayor parte de la investigación a la fecha no ha logrado demostrar que la respuesta al tratamiento sea inferior para los niños ansiosos con trastornos comórbidos. En otras palabras, los niños ansiosos parecen responder a los paquetes de tratamientos basados en el desarrollo de habilidades de la misma manera, incluso si tienen dificultades adicionales con la ansiedad, depresión o problemas externalizantes (Ollendick y cols., 2008). Dicho esto, cabe mencionar que hay evidencia mixta para la depresión; algunos estudios han sugerido que la depresión comórbida puede reducir la respuesta al tratamiento (Rapee y cols, 2009).

Un estudio reciente de nuestra propia clínica ha aclarado un poco más esta cuestión. En base a nuestros datos, parece que tener un trastorno comórbido no influye en el grado de cambio a lo largo del tratamiento, pero sí influye en el punto final. Dado que los niños con trastornos comórbidos (especialmente

trastornos externalizantes y depresión) suelen sufrir de una ansiedad más grave al comienzo, el nivel al que llegan al final del tratamiento generalmente no es tan alto como el de los niños sin trastornos comórbidos, aunque el grado de cambio a través del tratamiento es muy similar. Algunas investigaciones recientes también han mostrado que los niños con autismo de alto funcionamiento y ansiedad comórbida también responden de manera favorable al tratamiento de la ansiedad (Moree y Davis, 2010).

Se han encontrado otros pocos predictores de la respuesta al tratamiento. Han habido indicios de que la psicopatología de los padres, tanto la ansiedad como la depresión, predice un menor resultado, no obstante, algunos estudios no han podido demostrar este efecto. Otros factores, como el estado civil, la educación de los padres, y tamaño de la familia parecen tener poco efecto. Un estudio muy reciente mostró que la condición genética podría predecir la respuesta al tratamiento. Los niños con alelos cortos sobre el gen 5HTTLPR mostraron una mejor respuesta al tratamiento en el seguimiento de la que mostraron los niños con dos alelos largos (Eley y cols, en la prensa). Naturalmente, es necesario poder replicar este interesante hallazgo.

Un ejemplo de programa: *Cool Kids*

Existen varios paquetes de tratamiento basados en habilidades para el manejo de los trastornos de ansiedad en los jóvenes y la mayoría contienen componentes muy similares. Para dar un ejemplo, voy a describir nuestro propio programa, Cool Kids es un programa que contiene un manual de tratamiento para jóvenes ansiosos de entre 7 y 17 años. Hay un conjunto detallado de guías para los terapeutas, que se complementan con libros de trabajo para los padres y el niño o joven. Se utilizan diferentes libros de trabajo y una estructura ligeramente diferente para niños (7 a 12) y adolescentes (13 a 17). También existen versiones modificadas para su uso con niños con autismo, para los adolescentes con depresión comórbida y para las familias que no pueden asistir a una clínica para tratamiento presencial.

El tratamiento con Cool Kids generalmente consiste en 10 sesiones aplicadas durante 12 semanas. Los padres son un componente integral y están presentes en todas las sesiones cuando el tratamiento es con niños, pero tienen una participación ligeramente más reducida cuando el tratamiento es con adolescentes. El programa puede realizarse en formato individual o grupal. Las sesiones suelen durar 60 minutos cuando se efectúan individualmente y 120 minutos cuando se realizan en grupo. Hay componentes independientes que se aplican con los niños y los padres. Las sesiones y componentes de Cool Kids se muestran en la Tabla F.1.2.

La eficacia global de Cool Kids es alta y, como se describió anteriormente, hay pocos predictores negativos. Generalmente incluimos a cualquier niño con un trastorno de ansiedad como su trastorno principal (el que más interfiere), incluidos los niños con TOC, rara vez excluimos a niños debido a su comorbilidad. Nuestros datos indican algunas diferencias en el resultado. De hecho, el único grupo que parece responder al tratamiento de manera ligeramente menor son los jóvenes con fobia social. Los terapeutas que aplican el programa tienen formación en psicología clínica, experiencia en trabajo con jóvenes y habilidades para la aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales. Los talleres de capacitación se llevan a cabo regularmente en nuestro centro. Actualmente, los manuales han sido traducidos a varios idiomas, entre ellos español, coreano, chino, turco y algunas lenguas escandinavas.

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA

Dado el creciente conocimiento de los factores de riesgo para el desarrollo de la ansiedad infantil, se ha incrementado el interés por la posibilidad de realizar intervención temprana y prevención. Además, el creciente reconocimiento de las implicaciones de la psicopatología en la salud pública, ha aumentado la conciencia de que una gran proporción de los niños con altos niveles de ansiedad, pero que no cumplen los criterios para un trastorno real, pueden estar sufriendo y soportando restricciones en sus vidas. En consecuencia, trabajos recientes han comenzado a evaluar programas para la prevención e intervención temprana de la ansiedad (Lyneham y Rapee, en la prensa). Estos programas han cubierto todos los niveles de intervención: universales, selectivos y prescrito.

Varios estudios han demostrado la eficacia de los programas de manejo de la ansiedad aplicados universalmente en subpoblaciones escolares. Estos programas suelen abarcar habilidades similares a las encontradas en los paquetes clínicos, incluyendo psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y exposición *in-vivo*; a menudo se incluyen también habilidades adicionales tales como la comunicación y la resolución de problemas. Por lo tanto, puede ser mejor que se consideren como *programas de salud emocional amplios*, que apuntan a enseñar a los jóvenes maneras de manejar sus emociones perturbadoras. Los resultados han sido levemente inconsistentes, pero en su mayoría han indicado reducciones en la ansiedad, generalmente con pequeños tamaños de efecto (Bayer y cols., 2009). Teniendo en cuenta que estos son programas universales y que no están destinados a grupos de alto riesgo, no son esperables grandes resultados e incluso pequeños resultados en una población entera son significativos.

Los *programas selectivos* de ansiedad están dirigidos a aquellos niños que presentan síntomas de ansiedad moderados a altos, pero que no cumplen necesariamente los criterios para un trastorno. La presunción es que estos niños poseen un riesgo más elevado de desarrollar ansiedad en el futuro, por lo tanto, enseñarles habilidades de manejo de la ansiedad proporciona una alternativa clara de prevención. Sin embargo, incluso si no llegan a desarrollar trastornos de ansiedad, la angustia leve a moderada que experimentan estos niños y la interferencia de ésta en su vida los hace un blanco válido para el entrenamiento de habilidades, teniendo en cuenta especialmente que muy pocos han buscado ayuda profesional. Al igual que con los programas universales, la mayoría de estas intervenciones han utilizado poblaciones en las escuelas. Hay numerosos métodos de selección de niños con niveles altos de ansiedad, pero la mayoría de los estudios hasta ahora han utilizado una combinación de autoreporte del estudiante y el reporte del docente. Una vez más, el contenido de estos programas es muy similar (o idéntico) al de los programas de tratamiento clínico. Los resultados, en su mayoría han indicado reducciones significativas en la ansiedad posterior a la intervención, en general, con tamaños de efecto moderados (Mifsud & Rapee, 2005). Algunas investigaciones han demostrado beneficios continuos hasta dos años después de la intervención (Dadds y cols, 1999).

Por último, algunos estudios han comenzado a evaluar los *programas prescritos* para prevenir la ansiedad - es decir, los programas dirigidos a niños con alta puntuación en factores de riesgo de ansiedad. Los niños han sido seleccionados en base a niveles elevados de inhibición temperamental, pero también se ha

utilizado la ansiedad elevada de los padres para identificar a estos niños. Hemos desarrollado una versión modificada de Cool Kids llamada Cool Little Kids, en el único estudio a largo plazo realizado a la fecha. El programa está dirigido a los padres de niños inhibidos en edad preescolar y consta de 6 sesiones en grupo. Su objetivo principal es reducir la sobreprotección de los padres e incentivar la exposición in vivo en los niños. Hacia los 7 años de edad, los niños cuyos padres habían asistido al programa mostraron niveles significativamente más bajos de síntomas de ansiedad y menos diagnósticos de ansiedad en comparación con los niños cuyos padres no habían recibido capacitación (Rapee y cols, 2010).

CONCLUSIÓN

En las últimas dos décadas se ha visto una enorme expansión de nuestro conocimiento respecto al desarrollo y manejo de los trastornos de ansiedad en la infancia. Aún quedan por responder muchas preguntas claves, y tenemos todavía un largo camino por recorrer, pero actualmente estamos en un punto donde los niños ansiosos se identifican y se evalúan íntegramente. Tenemos a disposición tratamientos que funcionan para la mayoría de los pacientes, y programas para prevenir el desarrollo de la ansiedad. Muchas áreas prometedoras en investigación están recién comenzando a desarrollarse y se espera que aporten nuevos avances en los próximos años. Entre éstas se encuentran:

- Una mejor comprensión de los factores de riesgo de la ansiedad a través de la investigación longitudinal.
- Una evaluación más detallada de las interacciones genético-ambientales en el desarrollo de la ansiedad.
- Más comprensión de las interacciones entre pares en la ansiedad y su influencia en su desarrollo.
- Mejores métodos de difusión de tratamientos, por ejemplo a través de programas en internet y a distancia (tele-salud).
- Evaluación de nuevos avances en el tratamiento, tales como el uso de agentes de consolidación de la memoria o modificación de sesgos cognitivos.

REFERENCIAS

- Allen JL, Rapee RM, Sandberg S (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36:1047-1056.
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:333-342.
- Bayer JK, Hiscock H, Scalzo K et al (2009). Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43: 695-710.
- Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA (2006). Children's moods, fears, and worries: Development of an early childhood parent questionnaire. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14:41-49.
- Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M et al (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, 14:746-754.
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M et al (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61:85-93.
- Costello E, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.
- Creswell C, Cartwright-Hatton S (2007). Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10:232-252.
- Dadds MR, Holland DE, Laurens KR et al (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67:145-150.
- de Rosnay M, Cooper PJ, Tsigaras N et al (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 44:1165-1175.
- Edwards SL, Rapee RM, Kennedy S (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51:313-321.
- Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:538-549.
- Eley TC, Hudson JL, Creswell C et al (in press). The serotonin transporter promoter polymorphism (5HTTLPR) predicts response to cognitive behavioral therapy in children with anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*.
- Field AP (2006). Is conditioning a useful framework for understanding the development and treatment of phobias? *Clinical Psychology Review*, 26:857-875.
- Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ et al (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, 56:235-262.
- Fox NA, Nichols KE, Henderson HA et al (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science*, 16:921-926.
- Gregory AM, Eley TC (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10:199-212.
- Grills AE, Ollendick TH (2002). Peer victimization, global self-worth, and anxiety in middle school children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31:59-68.
- Hadwin JA, Garner M, Perez-Olivas G (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: A review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26:876-894.
- Hudson JL, Rapee RM (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. In RG Heimberg, CL Turk & DS Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and practice*. New York: Guilford Publications Inc; pp51-76.
- Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S et al (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 3): CD005170.
- James A, Soler A, Weatherall R (2006). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library*, 1:1-25.
- Kagan J, Snidman N (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science*, 2:40-44.
- Kendall PC, Chansky TE (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5:167-185.

- Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E et al (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:276-287.
- Last CG, Hansen C, Franco N (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:645-652.
- Lyneham HJ, Rapee RM (in press). Prevention of child and adolescent anxiety disorders. In WK Silverman & AP Field (Eds), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*, 2nd ed. Melbourne: Cambridge University Press.
- McLeod BD, Wood JJ, Weisz, JR (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27:155-172.
- Mifsud C, Rapee RM (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:996-1004.
- Moree BN, Davis TE III (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4:346-354.
- Ollendick TH, Jarrett MA, Grills-Taquechel AE et al (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28:1447-1471.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D et al (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55:56-64.
- Rapee RM (in press). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*.
- Rapee RM, Coplan RJ (2010). Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. In H Gazelle & KH Rubin (Eds), *Social Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives. New Directions for Child and Adolescent Development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Vol 127:17-31.
- Rapee RM, Kennedy S, Ingram M et al (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *American Journal of Psychiatry*, 167:1518-1525.
- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy BA et al (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1:2-16.
- Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60:141-171.
- Schniering CA, Lyneham HJ (2007). The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: Psychometric properties and clinical utility. *Behaviour Research and Therapy*, 45:1931-1940.
- Silverman WK, Albano AM (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV* (child and parent versions). San Antonio: Texas: Psychological Corporation.
- Silverman WK, Fleisig W, Rabian B et al (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20:162-168.
-