

Pedro Javier Rodríguez Hernández<sup>1</sup>, Manuel Ajoy Chao<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra especializado en Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital de Día Infantil y Juvenil Diego Matías Guigou y Costa. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

<sup>2</sup>Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Fuerteventura

## RESUMEN

La ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes en la patología psiquiátrica infantil. Puede ser la expresión de diversos trastornos, como las fobias, el trastorno por ansiedad de separación o la fobia social. De igual manera, las manifestaciones clínicas de la ansiedad pueden ser variadas. En ocasiones, se puede presentar como problemas en la conducta o somatizaciones. En otras ocasiones, en cambio, domina la retracción o el retraso escolar. Por todo ello la evaluación de la ansiedad infantil es compleja y presenta múltiples matices. El presente artículo desarrolla las bases teóricas y prácticas para su correcta evaluación.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad constituyen un importante capítulo de la psiquiatría del niño y del adolescente, y la ansiedad como sintoma forma parte de un buen número de cuadros clínicos de la infancia.

A la dificultad para distinguir entre ansiedad normal y patológica propia de la psiquiatría general se añaden, en el caso del niño, las variaciones en función de la edad. Las respuestas de ansiedad y determinados miedos son normales en el niño pequeño y tienden a desaparecer con la edad; de igual modo, la ansiedad ante situaciones sociales es típica de la adolescencia.

Aproximadamente del 9 al 15% de niños entre 7 a 11 años en consultas de Atención Primaria reúnen criterios para trastornos de ansiedad. Sin embargo, la evidencia es que los métodos de *screening* para el diagnóstico de trastornos del ánimo o de ansiedad no son parte rutinaria de los cuidados en Atención Primaria en los Estados Unidos de Norteamérica ni en Canadá.

## TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

La ansiedad por separación es un fenómeno evolutivo universal del ser humano que surge en los lactantes menores de un año y señala la conciencia del niño de su separación de la madre o su principal cuidador. La ansiedad por separación, también denominada en la lactancia *ansiedad ante los extraños*, es una parte esperada del desarrollo normal del sujeto y lo más probable es que haya evolucionado como una respuesta humana de supervivencia. Asimismo, la expresión de cierta ansiedad por separación es normal en niños pequeños que van por primera vez a la escuela. Sin embargo, el diagnóstico se establece cuando aparece una ansiedad evolutivamente inapropiada y excesiva asociada a la separación de la figura más apegada al niño. Según el DSM IV TR, este trastorno requiere que existan por lo menos tres síntomas relacionados con un exceso de preocupación por la separación de esa figura. La preocupación se puede manifestar como negativa a asistir a la escuela, temores y malestar por la separación, síntomas físicos como dolores de cabe-

za o abdominales cuando se anticipa la separación y pesadillas relacionadas con ésta.

El trastorno por ansiedad por separación es el único trastorno de ansiedad ubicado actualmente en el capítulo de la infancia y adolescencia del DSM IV TR. Los niños que en múltiples ocasiones están persistentemente más ansiosos que otros niños de la misma edad suelen cumplir los criterios del DSM IV TR para el trastorno de ansiedad generalizada. Los niños con gran ansiedad y que evitan situaciones sociales en las que se sienten muy observados, generalmente satisfacen los criterios de fobia social, que también se emplean en adultos. Los niños y adolescentes, además, pueden padecer otros trastornos de ansiedad incluidos en los trastornos de adultos del DSM IV TR entre ellos la fobia específica, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El trastorno de ansiedad por separación es el trastorno de ansiedad más habitual en la infancia. Para cumplir los criterios diagnósticos del DSM IV TR, el trastorno tiene que caracterizarse por la presencia de tres de los síntomas siguientes al menos durante cuatro semanas:

Preocupación persistente y exagerada por la pérdida de las principales figuras de vínculo o apego o porque algo puede sucederles; preocupación persistente y exagerada por la posibilidad de que un suceso adverso pueda provocar la separación de una de las figuras principales de apego; resistencia persistente o negativa también persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio debido al temor de separación; temor persistente y exagerado o reticencia también persistente y exagerada a estar solo o sin las principales figuras de apego en casa o sin otros adultos significativos en otros ambientes; reticencia persistente o negativa persistente a irse a dormir sin que esté cerca una de las principales figuras de apego o a dormir fuera de casa; pesadillas repetidas asociadas al tema de la separación; quejas repetidas de síntomas físicos, como dolores de cabeza o abdominales, cuando se prevé la separación de una figura significativa; y malestar exagerado o recurrente cuando se anticipa o está implicada la separación del hogar o de una figura de apego. Según el DSM IV TR, el trastorno debe también ocasionar malestar significativo o deterioro del funcionamiento.

La anamnesis del niño puede poner de manifiesto episodios importantes de separación en su vida, especialmente a causa de enfermedades u hospitalizaciones suyas, enfermedad o pérdida de uno de los padres o mudanza. El médico debe indagar la existencia de trastornos por separación-individualización o falta de una figura materna adecuada en la lactancia. La utilización de fantasías, sueños y material de juego mientras se observa al niño, ayuda en gran medida al diagnóstico.

La característica básica del trastorno de ansiedad por separación es la ansiedad extrema desencadenada por la separación de los padres, del hogar o de un entorno familiar. La ansiedad del niño puede aproximarse al terror o al pánico. El malestar es mayor del esperado para el grado evolutivo del niño y no puede justificarlo ningún otro trastorno.

Los adolescentes pueden no expresar directamente las preocupaciones ansiosas respecto a la separación de la figura materna. No obstante, sus patrones de conducta a menudo reflejan ansiedad por separación en el sentido de que expresan malestar por emanciparse y dedicarse a actividades solitarias; continúan utilizando la figura materna como ayudante para comprar ropa e introducirlos en actividades sociales o recreativas. Los signos premonitorios son irritabilidad, problemas para comer, gimoteo, permanecer solo en una habitación, aferrarse a los padres y seguir a uno de ellos a todas partes.

Los problemas para dormir son frecuentes y pueden requerir que alguien permanezca con el niño hasta que se quede dormido. A menudo se va a la cama de los padres o incluso se duerme junto a la puerta de la habitación de ellos cuando está cerrada.

Frecuentemente padecen síntomas digestivos, entre ellos náuseas, vómitos y dolores abdominales, además de dolores en diversas partes del cuerpo, molestias faríngeas y síntomas seudogripales.

El trastorno de ansiedad más comúnmente asociado con el trastorno de ansiedad por separación es la fobia específica, que se observa aproximadamente en un tercio de los casos.

### TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA

La sintomatología del trastorno por ansiedad excesiva consiste en una ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, como el rendimiento escolar, que se prolongan durante más de 6 meses. Al niño le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a uno de estos síntomas:

Inquietud o impaciencia. Fatigabilidad fácil. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. Irritabilidad. Tensión muscular. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En el caso de niños nos referimos a la actividad escolar.

### FOBIAS

La fobia específica, antes conocida como fobia simple, se refiere al temor acusado y persistente excesivo e irracional que se desencadena por la presencia de o anticipación de un objeto o situación específicos, por ejemplo: volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre.

La exposición a este estímulo provoca invariablemente una respuesta de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

Estas situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar e interfieren de manera significativa en las relaciones académicas o sociales. En menores de 18 años la duración de los síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

Las fobias más frecuentes en la infancia son: a los animales en general (zoofobia), la sangre (hematofobia), los gatos, la oscuridad (nictofobia), los perros, el fuego (pirofobia), los gérmenes, la suciedad, las alturas (acrofobia), los insectos (entomofobia), los espacios cerrados o de tamaño reducido (claustrofobia), las serpientes, las arañas y las tormentas.

La fobia social es un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.

Para hacer el diagnóstico de fobia social en niños es necesario demostrar que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

### TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

Las *obsesiones son pensamientos involuntarios* y recurrentes que invaden la conciencia del sujeto quien los percibe como inapropiados y carentes de sentido experimentando intenso malestar. Son especialmente frecuentes las obsesiones de contaminación y de duda.

Las *compulsiones son actos irreprimibles, repetitivos*, que tienen aparentemente una finalidad y que se llevan a cabo según determinadas reglas. La conducta, sin embargo, no tiene un fin en sí misma sino que pretende producir o evitar un determinado acontecimiento y se traduce en el descenso aunque sea transitorio de la tensión del sujeto. Las compulsiones más frecuentes son el lavado de manos, comprobar, contar y tocar.

La mayoría de los pensamientos obsesivos en los niños se centran en el miedo: miedo a enfermar, a contaminarse, miedo a los peligros indefinidos, miedo a morir, a equivocarse o a haberse equivocado. Los niños más pequeños refieren obsesiones con los números, contar o repetir cosas un determinado número de veces.

Es importante señalar que las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones académicas o su vida social.

Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real, la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos o intenta neutralizarlos con otros pensamientos o actos. También reconocen que estos pensamientos son producto de su propia mente y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento en el trastorno esquizofrénico.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algún grado de ansiedad a la separación es un fenómeno normal y la opinión del médico es la que debe distinguir entre esta ansiedad normal y el trastorno de ansiedad por separación. En el trastorno por ansiedad generalizada, llamada excesiva en la infancia, la ansiedad no se centra en la separación, mientras que en los trastornos generalizados del desarrollo o la esquizofrenia puede aparecer ansiedad por separación pero se debe a los propios trastornos más que considerarla como un trastorno separado.

Es frecuente que coexistan el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo y, si se cumplen criterios para ambos trastornos,

hay que diagnosticar los dos trastornos. El trastorno de pánico con agorafobia es raro antes de los 18 años, los temores más bien se generan por la posibilidad de quedarse paralizado por un ataque de pánico más que por la separación de los padres. En el trastorno de conducta son frecuentes las ausencias del colegio sin permiso, pero el niño permanece fuera de casa y no experimenta ansiedad por separación. La negativa a acudir a la escuela es un síntoma frecuente del trastorno de ansiedad por separación, pero no patognomónico. En las fobias se niegan a ir al colegio, pero esta conducta aparece más tarde y la negativa suele ser bastante más intensa.

El diagnóstico diferencial entre trastorno obsesivo y esquizofrenia es la convicción que tiene el paciente con TOC es que sus ideas no vienen impuestas desde el mundo exterior sino que vienen o son producto de su mente.

### PLANTEAMIENTO TERAPÉUTICO

El tratamiento de la ansiedad se puede clasificar en dos apartados principales. Por un lado, el tratamiento farmacológico y, por otro, el tratamiento psicoterapéutico. Habitualmente, es necesario plantear una estrategia conjunta basada en la implementación de ambas modalidades terapéuticas.

#### Tratamiento farmacológico de la ansiedad

Los fármacos más frecuentemente utilizados para el tratamiento de la ansiedad son de dos tipos. En primer lugar, las benzodiazepinas. Este grupo farmacológico se emplea como tratamiento sintomático. Se deben utilizar en pautas cortas y de manera puntual, por el riesgo de habituación y dependencia. Las benzodiazepinas están indicadas en aquellos procesos en los que el nivel de ansiedad produce una alteración significativa en algún aspecto de la vida del paciente (dificultades notables en el sueño, alteraciones comportamentales manifiestas). Las benzodiazepinas de vida media prolongada (por ejemplo, el clorazepato dipotásico) se utilizan en los cuadros en los que la ansiedad está presente durante la mayor parte del día o de la noche, como la ansiedad de separación o el trastorno de ansiedad generalizada. Las benzodiazepinas de vida media corta (por ejemplo el alprazolam) se utilizan en los cuadros en los que la ansiedad se presenta de manera súbita, como en el momento del contacto con el estímulo fóbico, en los cuadros de fobia simple o en las crisis de pánico. En segundo lugar, se encuentran los antidepresivos. Dentro de los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) presentan una efectividad contrastada y unos efectos secundarios mínimos en la infancia. Los ISRS se deben utilizar de manera prolongada, durante periodos no inferiores a 6-12 meses y en dosis única matutina. Su acción la realizan impidiendo la recaptación de serotonina a nivel neuronal. Cuando impedimos la recaptación de serotonina, aumentamos su concentración en el espacio intersináptico. Existen evidencias suficientes para afirmar que un déficit de serotonina en el espacio intersináptico constituye uno de los factores más importantes en la génesis de diversos procesos psiquiátricos, como la depresión o la ansiedad. En los últimos meses, la utilización de ISRS en algunos países de nuestro entorno, y para edades pediátricas, se ha restringido y tan sólo se permite la utilización de la fluoxetina en niños. En España, las autoridades sanitarias también han recomendado una actuación similar. No obstante, la medida está cargada de controversias debido a la escasa claridad de los motivos. Probablemente, la mayoría de los psiquiatras infantiles en España siguen utilizando

casi todos los ISRS disponibles en el mercado para el tratamiento de los trastornos que producen ansiedad.

#### Tratamiento psicoterapéutico

La modalidad psicoterapéutica de elección en los trastornos que producen ansiedad en los niños es la psicoterapia cognitivo-conductual. Ésta se basa en diversos programas encaminados a reestructurar los pensamientos del niño, así como a lograr nuevas conductas facilitadoras de la reducción de los niveles de ansiedad. El abordaje psicoterapéutico de los distintos trastornos generadores de ansiedad es lo suficientemente amplio como para que no los podamos comentar en su totalidad en un artículo como el presente. Sin embargo, se expondrá, a modo de ejemplo, un resumen del esquema de actuación cognitivo-conductual en un caso de fobia escolar:

1. Planteamiento del objetivo: que el niño vuelva lo antes posible al colegio y enseñarle gradualmente a enfrentarse a las situaciones que le provocan las reacciones fóbicas.
2. Clarificar los problemas del niño con los padres y profesores, haciéndoles partícipes del programa a seguir. Evitar los privilegios del niño cuando se queda en casa (televisión, videojuegos, comidas favoritas) y no prestar atención a sus quejas (por ejemplo, abdominalgias). En el colegio, prestar atención mínima a las quejas físicas, no preguntarle cómo se encuentra o por qué no desea ir al colegio.
3. Integración del niño al colegio lo antes posible y, si es necesario, forzada. El primer día se acude una hora. El segundo día, una hora y media, y así hasta completar el horario escolar.
4. Contacto frecuente con los padres y profesores al menos durante 6 meses por riesgo de recaídas (especialmente tras vacaciones o puentes largos).

#### Otras acciones coadyuvantes del tratamiento

No podemos olvidar que existen otras acciones que pueden ayudar a reducir los niveles de ansiedad. Así, las técnicas de relajación pueden ser aplicadas desde edades tempranas, y son especialmente útiles en niños mayores y adolescentes. Igualmente, las pautas educacionales familiares y escolares ayudan a disminuir los ambientes ansiógenos en torno al niño.

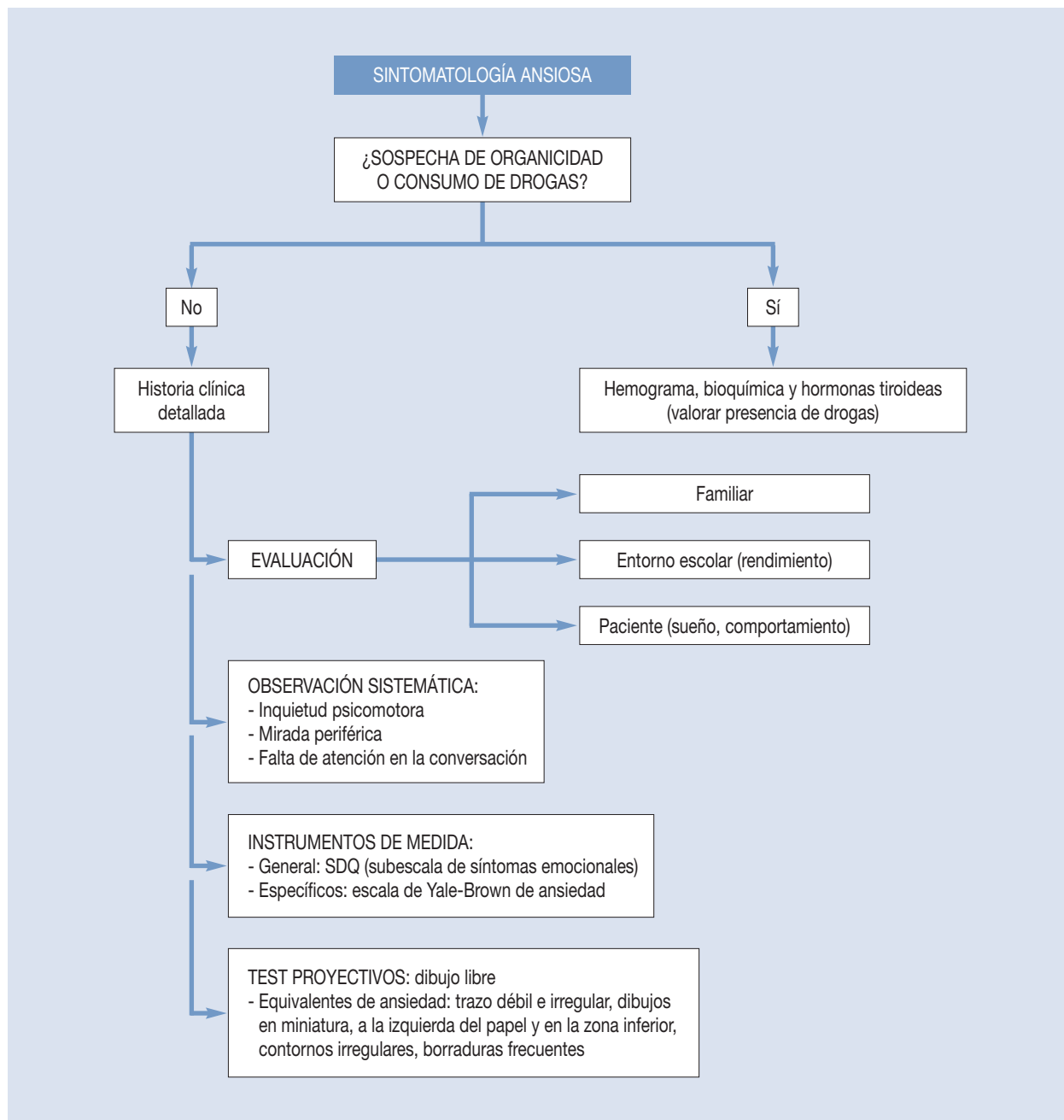
#### ABORDAJE INICIAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La derivación a un especialista en psiquiatría infantil, desde el pediatra de Atención Primaria, va a depender de la gravedad del cuadro, del tiempo de evolución del mismo y del grado de trastorno personal y social que le ocasiona la sintomatología, pueden ser tratados por el pediatra en primera instancia. Quizás el único impedimento para ello lo establece la presión asistencial a la que se encuentra sometida la atención primaria en nuestro país. Para el tratamiento en atención primaria, necesitamos plantear el esquema terapéutico con atención a los dos apartados: farmacológico y psicoterapéutico, aunque inicialmente no se debe prescribir ninguna medicación. Aunque los criterios de derivación dependen de los conocimientos y las posibilidades terapéuticas de cada pediatra, en líneas generales se puede plantear un abordaje inicial durante seis semanas. Si después de esas seis semanas la sintomatología continúa, se debe remitir a un servicio especializado en psiquiatría infantil. A continuación se expone una metodología de abordaje (Pedreira, 1995), a realizar durante 6-8 semanas:

1. Enseñar a los padres cómo manejar la crisis de ansiedad.
2. Aconsejar a los padres para reducir el estrés del niño:
  - Reducir la expectativa en los rendimientos escolares, si la ansiedad se asocia con la escuela.
  - Procurar experiencias sociales exitosas similares a las que producen miedo.
  - Reconocer los esfuerzos del niño para enfrentarse con tareas poco satisfactorias,
  - Proveer un grupo de juego protector para que pueda ayudar al niño a ganar confianza.
3. Coordinar las etapas precedentes con el personal del colegio.
4. No prescribir ningún tipo de medicación.
5. Derivar a los servicios de salud mental infantil si:
  - Durante las 6-8 semanas con el protocolo anterior no se obtiene un éxito en el manejo de la ansiedad.
  - Existen trastornos emocionales concomitantes.
  - Existen enfermedades físicas crónicas con defectos en el manejo familiar del problema.
  - Se estancan las posibilidades de cambio en el seno familiar.
  - Se incrementan la demanda y la ansiedad familiar, más allá del límite tolerable.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ezpeleta L. La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes. Madrid: Síntesis; 2001.  
\*\*\*Este libro tiene un enfoque eminentemente práctico. Varios de sus capítulos versan sobre problemas relacionados con la esfera de la ansiedad: trastorno por ansiedad de separación, ansiedad generalizada y fobias.
- Caballero R, Mojarro MD, Rodríguez-Sacristán MD, Rodríguez-Sacristán J. Clasificaciones clínicas de los estados de ansiedad en la infancia. En: Rodríguez-Sacristán J, editor. Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1998. p. 555-61.  
\*\*Se describen, desde un punto de vista nosotáxico y clasificatorio, los diferentes trastornos de la esfera de la ansiedad, así como las diferentes concepciones teóricas de la ansiedad infantil.
- Pedreira JL. Protocolos de salud mental infantil para la atención primaria. Madrid: Editorial Libro del Año; 1995.  
\*\*\*Este libro recoge la mayoría de escalas e instrumentos de evaluación útiles para el pediatra de atención primaria. Entre ellos se encuentran los que son de utilidad en la valoración de la ansiedad.
- Tomás J. Las fobias. En: Rodríguez-Sacristán J, editor. Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1998. p. 605-15.  
\*\*Se analiza, desde un punto de vista teórico y práctico, las implicaciones clínicas de las fobias en la edad infantil. Muy interesante el apartado dedicado al diagnóstico diferencial.
- Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ediciones Díaz de Santos S.A.; 1994. p. 281-347.  
\*\*\*Es un texto que tiene tres partes importantes. La primera se dedica a la historia, conceptos y métodos de investigación y docencia. La segunda parte aborda los fundamentos neurobiológicos y la tercera parte se refiere a los diversos trastornos psiquiátricos. Un clásico.
- Sadock BJ, Alcott Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta/Psiquiatría Clínica. Ediciones Waverly Hispánica, S.A.; 2003. p. 1259-65.  
\*\*\*Va por su novena edición, la primera publicada hace más de 30 años.
- DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos. Editorial Masson S.A.; 2002.  
\*\*\*Manual que proporciona criterios para mejorar la fiabilidad de los diagnósticos clínicos.
- Wren FJ, Bridge JA, Birmaher B. Screening for Childhood Anxiety Symptoms in Primary Care: Integrating Child and Parent Report. J Am Acad Child Adol Psychiat 2004; 43 (11): 1364-71.  
\*\*\*Más conocida como la revista naranja de la Asociación Americana de Psiquiatría Infanto Juvenil.
- Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil. Edita Asociación Española de Psiquiatría Infanto-juvenil. Editorial Siglo.  
\*\*\*Es la publicación oficial de la Asociación Española.



## Caso clínico

Juan es un niño de 9 años que acude a nuestra consulta por presentar, desde hace aproximadamente cuatro meses, dificultades en el sueño consistentes en interrupciones frecuentes del mismo acompañados de requerimientos a su madre para que acuda a su habitación, o bien acude el niño a la habitación de la madre donde le pide que le permita acostarse con ella porque tiene miedo a estar solo. Los antecedentes familiares revelan que es el hijo único de una pareja separada hace 14 meses, con abandono paterno del régimen de visita y cambio de provincia del mismo desde hace 8 meses. Desde ese entonces, Juan ha hablado por teléfono con su padre en cuatro o cinco ocasiones. Durante los últimos 10 meses la madre convive con una nueva pareja en el domicilio familiar, aunque en los últimos 5 meses la relación se ha deteriorado. Desde hace 3 meses, la nueva pareja ya no convive en el domicilio familiar. La madre de Juan refiere estar pasando “un mal momento” desde la separación de la primera pareja, y en los últimos 10 meses se encuentra en tratamiento psiquiátrico por presentar un síndrome depresivo. En los antecedentes personales médicos, no existen hallazgos significativos. La primera entrevista, encaminada a explorar todos los apartados psicológicos del menor, se determina que no existe dificultad para conciliar el sueño y que cuando Juan se despierta no presenta pesadillas. El despertar es sigiloso y se dirige a su madre con voz débil y temblorosa. En algunas ocasiones, la madre se ha despertado y lo ha visto de pie junto a su cama sin decir nada. No ha habido oposición a que el niño duerma en la cama de la madre cuando éste lo ha requerido y tampoco a acudir a su cuarto cuando la llamaba y le pedía que lo acompañase durante la noche en su cama. En los últimos meses, el comportamiento general ha cambiado. “Juan no era así hace un año”. En clase no presta atención a las explicaciones y es difícil conseguir que se concentre en los deberes. Su impulsividad ha aumentado, con peleas frecuentes con los compañeros de clase porque le cuesta esperar su turno. “Aunque siempre ha sido un niño con mucha energía, en los últimos meses no conoce la tranquilidad.” Su madre refiere que en reposo mueve y balancea las extremidades y adopta posiciones inverosímiles en el sillón. En ocasiones, se levanta y se sienta varias veces sin un objetivo claro, incluso cuando está comiendo o viendo una película de su agrado. El rendimiento escolar se ha deteriorado aunque en la última evaluación no ha suspendido ninguna asignatura. Su tutora comenta que si sigue así no tardará en empezar a suspender. En relación al estado de ánimo, la madre comenta que es un niño alegre aunque últimamente está más irritable y ya no la ayuda en las tareas domésticas. La observación y la conversación con Juan no

revelan hallazgos significativos más allá de los comentados por su madre. El dibujo que realiza durante la consulta presenta gran cantidad de borraduras, y realiza exclamaciones frecuentes del tipo “me equivoqué otra vez” o “esto está mal”. El cuestionario que rellena la madre, el cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ), se sitúan en el límite anormal para la subescala de hiperactividad y la subescala de síntomas emocionales (dicho cuestionario se encuentra en el capítulo primero del curso de psiquiatría infantil de pediatría integral, junto a los puntos de corte para la normalidad y anormalidad).

### COMENTARIOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El presente caso expone una causa frecuente de consulta psiquiátrica: los problemas en el sueño. Los datos que aporta la madre en la entrevista pueden plantear el diagnóstico diferencial con varios cuadros. En primer lugar, con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Sin embargo, en el TDAH los síntomas están presentes desde los primeros años de vida, y no aparecen de manera brusca. El tratamiento con metilfenidato, probablemente no hubiese sido efectivo en este caso. En segundo lugar, con los trastornos depresivos infantiles. Por eso, siempre es importante explorar el estado de ánimo a través de la observación, la conversación con el niño y valorar los exámenes complementarios como los equivalentes depresivos que puedan existir en el dibujo. También existen cuestionarios breves encaminados a este fin. Hay que mencionar que en los trastornos ansiosos suele coexistir cierta sintomatología depresiva. En este caso, las alteraciones de la conducta pueden estar relacionadas con la esfera del ánimo. Por último, con los trastornos específicos del sueño, pero se descartan ante el cortejo sintomatológico que existe en las otras áreas psicológicas.

### DIAGNÓSTICO

Trastorno de ansiedad de separación.

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento farmacológico inicial se realiza con un inhibidor selectivo de la serotonina (ISRS), en dosis única matutina y con una benzodiazepina una o dos horas antes de acostarse. El tratamiento con el ISRS se mantiene durante 10 meses. El tratamiento con la benzodiazepina se mantiene durante catorce días. Conjuntamente, se realiza un tratamiento psicológico cognitivo y conductual con el paciente, su familia y el colegio. La evolución de Juan fue satisfactoria con mejoría notable desde la segunda semana. Actualmente, se encuentra asintomático.



## Preguntas de evaluación

### PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. *La ansiedad por separación en los lactantes se la conoce también como:*
  - a) Ansiedad ante los extraños.
  - b) Ansiedad ante los amigos y compañeros.
  - c) Ansiedad ante los familiares.
  - d) Ansiedad grupal.
  - e) En los lactantes no existe la ansiedad.
2. *El trastorno de ansiedad más habitual en la infancia es:*
  - a) Trastorno de ansiedad generalizada.
  - b) Fobia social.
  - c) Fobia específica.
  - d) Trastorno obsesivo compulsivo.
  - e) Trastorno de ansiedad por separación.
3. *Diga cuál es la respuesta correcta para diagnosticar un trastorno de ansiedad por separación:*
  - a) Preocupación exagerada y persistente por la pérdida de las figuras principales vinculadas o de apego.
  - b) Preocupación exagerada y persistente por la que un suceso adverso pueda provocar la separación de una de las principales figuras de vínculo.
  - c) Reticencia o negativa a ir a la escuela o a otro sitio debido al temor de separación.
  - d) Temor o reticencia persistente y exagerada a estar solo o sin las principales figuras de vínculo.
  - e) Todas las anteriores.
4. *Sobre las obsesiones, señale lo correcto:*
  - a) Las obsesiones en la infancia deben ser consideradas como un juego y no hay que prestarles atención.
  - b) Las obsesiones son pensamientos involuntarios y recurrentes.
  - c) La mayoría de las obsesiones infantiles aparecen durante el sueño.
  - d) Las obsesiones infantiles nunca se acompañan de compulsiones.
  - e) Cuando aparece una obsesión en un niño, siempre hay que solicitar un electroencefalograma.
5. *Con respecto al tratamiento de la fobia escolar, señale la respuesta incorrecta:*
  - a) Se puede combinar el tratamiento cognitivo-conductual con algún psicofármaco como las benzodiazepinas.
  - b) El primer día de vuelta al colegio, después de una temporada sin asistir, es conveniente una acogida adecuada por parte de los profesores, sin reproches.
  - c) La integración al colegio se debe realizar de manera paulatina, aumentando las horas de permanencia en el colegio desde 1 hora el primer día hasta el horario completo a los 8-10 días.
  - d) El niño no debe tener en casa distracciones como videojuegos, etc., durante el periodo en el que debería estar en el colegio.
  - e) Lo mejor es que el niño, cuando no quiera ir al colegio por padecer una fobia escolar, tenga en casa a su alrededor todos aquellos juegos que le gusten para no crearle un trauma psicológico mayor.
6. *El tratamiento psicológico más efectivo en el tratamiento de la ansiedad es:*
  - a) El psicoanálisis.
  - b) La psicoterapia cognitiva y conductual.
  - c) La psicoterapia post-racionalista.
  - d) La terapia hipnótica.
  - e) La introspección.
7. *El tratamiento farmacológico de elección en los trastornos de ansiedad infantiles son:*
  - a) Las benzodiazepinas y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
  - b) Los antidepresivos tricíclicos (ATC).
  - c) Los neurolépticos sedantes (como el haloperidol).
  - d) Los fármacos antiépilépticos (FAE).
  - e) Las benzodiazepinas y los psicoestimulantes (como el metilfenidato).
8. *El dibujo de un niño con sintomatología ansiosa:*
  - a) Presenta un trazo fuerte.
  - b) Puede presentar un trazo débil y con muchas borraduras.
  - c) Suele estar situado en la zona superior derecha de la hoja.
  - d) Es expansivo, se distribuye en toda la hoja y presenta muchos elementos agresivos.
  - e) No es distinguible de los dibujos de otros niños sin ansiedad.