

Ansiedad

M. Rodrigo Alfageme *, **R. Hernández Guillén ****

* Psiquiatra infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

** Pediatra. Máster en Terapia de Conducta. CS El Naranjo. Fuenlabrada. Madrid.

Fecha de recepción: 20 marzo 2013

Fecha de publicación: 20 abril 2013

Adolescere 2013; XII(1): 36-41

Describimos dos casos clínicos de un niño en edad escolar y una adolescente con trastornos de ansiedad.

Introducción

Ansiedad es sinónimo de miedo. Puede ser una respuesta necesaria, y por ello adaptativa, ya que permite que nos defendamos y que podamos prever o anticipar situaciones de peligro. En la infancia hay estados de ansiedad o miedos ligados al desarrollo que desaparecen al madurar el niño y que no serían objeto de tratamiento porque no son patológicos.

En aquellos casos en que la ansiedad no es proporcionada ni adecuada al suceso que la provoca e interfiere en la actividad del individuo, se transforma en un estado patológico.

Los trastornos de ansiedad, pueden ser primarios con o sin desencadenante externo y secundarios tanto a enfermedades médicas como psiquiátricas.

Los dos casos clínicos que presentamos, corresponden a trastornos de ansiedad primarios.

. Los trastornos de ansiedad abarcan los miedos y temores excesivos, la evitación fóbica de determinados estímulos o situaciones, el miedo o ansiedad anticipatoria, el estado de vigilancia generalizada, y los ataques de pánico ([tabla 1](#)).

Desde el punto de vista clínico los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de síntomas neurovegetativos, conductuales, cognoscitivos y vivenciales. La ansiedad se vive como una emoción desagradable que no tiene causa, o es desproporcionada a la misma, y se acompaña de una aprehensión de que algo grave y terrible va a ocurrir, sin tener posibilidad de evitarlo, como morirse, volverse loco, perder el control de sí, matar o herir a un ser querido. En los mayorcitos y adolescentes, si la angustia es muy intensa, pueden tener sentimientos de despersonalización, que son estados de extrañeza respecto del propio yo, como si se estuviese vacío, y también pueden presentar fenómenos de desrealización en donde el mundo circundante se percibe como si no existiera, como si no fuese real y también como si no tuviese vida.

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños son del 9-21% aunque algunos estudios dan cifras hasta del 50%. Se considera que la incidencia y prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes son los trastornos y la sintomatología psiquiátrica más frecuente

Pasamos a describir dos casos con el diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Caso clínico 1

Alejandro tiene 7 años de edad. Los padres le han llevado a Urgencias del Hospital cuatro días consecutivos. Tenía dificultades para comer, se sentía muy mal. Decía que tenía bichos que le recorrían por todo el cuerpo. En la Urgencia conseguía tranquilizarse. Por la mañana vomitaba el desayuno. Se quejaba de dolor abdominal. Sensación de falta de aire. No podía comer apenas por sensación de ocupación en la garganta, había perdido 3 kilos de peso en menos de una semana. Se tocaba el corazón para ver si lo tenía. Gran intranquilidad motriz. Se ponía muy exigente con los padres, para que le llevaran al hospital, cuando se encontraba así, con auténticos ataques de pánico.

Antecedentes personales

Nacido por cesárea por no progresión. Lenguaje dislábico, en tratamiento logopédico. Escolarizado, a los tres años de edad. Le costó mucho la adaptación al colegio y estuvo con encopresis y enuresis diurna durante un tiempo. Lloraba mucho cuando la madre lo dejaba en el colegio. Estudia 2º de Primaria. Repite el curso. Tiene miedo a la oscuridad, a los ascensores y a los perros.

Familia

Padre 42 años. Mecánico. Madre 39 años. Limpiadora. Trastorno de ansiedad con agorafobia, sin tratar. Hermano de 16 años. No patología. Trabaja.

Evaluación en la consulta de Psiquiatría

La madre cree que ha habido situaciones de estrés que han podido provocar el cuadro que presenta su hijo. El día anterior en un supermercado, se subieron a un ascensor que estaba muy sucio y oscuro. La madre refiere que ella se encontró muy mal en él. Ese mismo día el niño bajó al garaje a coger una botella de agua y no se encendió la luz. Subió muy excitado y con sensación de asfixia exigiendo que lo llevaran a un médico. Al día siguiente no podía desayunar, explicaba que se le había metido una mosca y la tenía en el oído y en la garganta, y también por dentro de la cara y en el cerebro.

Durante la consulta le pregunto que le pasó en el ascensor y responde que "me faltaba aquí la vida", dice esto poniendo la mano sobre el tórax. "Se me ha metido una mosca por dentro de la cara y del cuello y en el cerebro". Está masticando chicle continuamente, porque su padre le ha dicho que así se quita lo de los oídos. "Los mosquitos se me quitan y se me ponen".

En muchos momentos mientras cuenta esto se le llenan los ojos de lágrimas.

Come poco y todo triturado, "porque se le queda la comida en la garganta". Continúa estando tosido, como aclarándose la garganta. Se queja de dolor abdominal. Miedo a que se le "vaya" el corazón. Continúa poniendo la mano en el pecho. Por las noches tenía que dormir con su madre. No podía ir al colegio. No podía estar si no estaba con él la madre.

Este niño fue evaluado en Urgencias de pediatría. Se efectuó una exploración física completa con hemograma, perfil hepato renal con iones, hormonas tiroideas y un ECG. Todo fue normal. Siempre que tengamos la sospecha de estar ante un primer episodio de ansiedad debe hacerse un buen diagnóstico diferencial y descartar que los síntomas del niño, aunque sean típicamente ansiosos, pueden ser secundarios a una enfermedad médica.

Diagnóstico

Se hace el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y ansiedad de separación.

Tratamiento

El niño estaba en un estado de gran excitación en el que se superponían ataques de pánico.

Se pauta medicación: Clodiazepato (Tranxilium®) 2,5 mg cada 8 horas. Se debe utilizar tranquilizantes menores (tabla 2). Se informa al niño y a los padres de la enfermedad que tiene. Se inicia psicoterapia en la que se van marcando objetivos para superar conductas de evitación y rituales.

Evolución

Mejóro mucho en la intensidad y la frecuencia de las crisis de pánico. Desaparecieron las Pseudo alucinaciones. Se normalizo la ingesta y ganó los tres kilos de peso que había perdido. Se reincorpora al colegio.

Al llegar Octubre y empezar el horario de tarde del colegio, presenta nuevamente estados de gran excitación, no quiere quedarse a comer en el comedor, vomita, muchos días se niega a ir al colegio desde por la mañana. Por las noches se hace más intensa la ansiedad de separación, a pesar de que sigue durmiendo con la madre y muchas veces se hace la deposición en la ropa, ante el miedo que le supone el irse a acostar. Impide que la madre salga de casa por las tardes, con el padre no quiere quedarse.

Se maneja esta situación con los padres con el colegio y con el propio niño.

A los 6 meses de evolución del cuadro, además de continuar el tratamiento previo (Tranxilium® y Psicoterapia), se asocia Fluoxetina.

Las benzodiazepinas (BZ) y los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRS), grupo al que pertenece la Fluoxetina actúan a nivel central, bloqueando los síntomas característicos de las crisis de ansiedad.

Los IRS tienen la ventaja sobre las BZ que no son sedantes y no producen ningún efecto adictivo. Están indicados en el tratamiento de mantenimiento de los trastornos de ansiedad. No se recomienda su uso antes de los 9 años, pero son de elección para el tratamiento de mantenimiento cuando haya una evolución crónica o subaguda de los trastornos de ansiedad.

La Fluoxetina se mantuvo durante un año a dosis de 10 mg al día.

El Tranxilium® se utilizaba a demanda, un máximo de tres sobres al día.

Estuvo en seguimiento durante tres años.

A los 10 años, se le dio el alta. cursaba 4º de Primaria. Necesitaba clases de apoyo y continuaba con rehabilitación del lenguaje, porque aún tenía muchas dislalias. No tomaba medicación. Por las noches de forma recurrente tenía problemas a la hora de acostarse que en general los padres lo resolvían acertadamente.

Caso clínico 2

Elena tiene 12 años. Desde hace dos meses, no va al Instituto (no se pudo incorporar al terminar las vacaciones de Navidad). Desde el mes de Diciembre, los lunes vomitaba en el colegio por las mañanas y tenía dolor abdominal. La vio su Pediatra descartando patología médica. Al terminar las vacaciones, por las mañanas se ponía intensamente nerviosa, con vómitos, falta de aire, sensación de cuerpo extraño en la garganta y dificultades para tragar. Desde hace unas semanas, no duerme en su habitación, lo hace en el salón, tiene insomnio de conciliación y despertares frecuentes. Empezó tratamiento psicológico, sin mejoría. Hace patinaje y acude como siempre a patinar dos veces por semana. Había empezado 1º de ESO en el Instituto en Septiembre.

Antecedentes personales

Niña sin problemas durante la infancia. Buena estudiante. De siempre muy reservada y callada.

Familia

Padre 42 años. Topógrafo Madre 43 años Enfermera. Es la segunda de seis hermanas, la menor de 7 meses.

Evaluación

Muy colaboradora, está asustada por lo que la está pasando. Dice tener miedo a algunos compañeros del Instituto, no se meten con ella pero si se meten con otros. Miedo intenso a hacer el ridículo, no pregunta nada a los profesores. Ha notado mucho cambio del Instituto en comparación al colegio. No tiene miedo a salir a la calle y se siente segura, como siempre cuando va patinar. No se queda a dormir en casa de unas amigas como hacía antes, por si se pone con los "nervios". También ha anulado un viaje a Bélgica, donde viven unos tíos por lo mismo, teme ponerse mal. Aporta análisis efectuados por su médico que son normales.

Diagnóstico

Trastorno de ansiedad. Probable ansiedad social. Fobia escolar.

Tratamiento

Fluoxetina: 10 mg al día y posteriormente 20 mg al día.

Clorazepato (Tranxilium®): 2,5 mg cada 8 o 12 horas según ansiedad.

Loracepan (Orfidal®): por la noche como inductor del sueño durante 8 días.

En la terapia se la van marcando objetivos. Se empieza por la incorporación al colegio. Los primeros días se le dice que si se encuentra mal podrá volver a casa. Los profesores están colaborando activamente con la familia, que es la interlocutora entre ellos y nosotros. Se le explica a la niña el diagnóstico, la actuación de los fármacos y los objetivos a conseguir.

La edad de la paciente permite utilizar sin reserva el IRS, y es de indicación, porque el cuadro va a evolucionar de forma subaguda. El Tranxilium® nos va a permitir frenar los síntomas de ansiedad agudos y facilitará superar el rechazo a la exposición al elemento ansiógeno, que era el colegio. El Orfidal®, BZ de acción rápida permite la inducción del sueño, se utiliza en el menor tiempo posible.

Evolución

Está en seguimiento desde hace un año. Superó la fobia escolar. Este curso repite 1º de ESO. Hace muchos progresos en la superación de la ansiedad social (sale a la pizarra, pregunta en clase, pregunta a los profesores). Continúa en tratamiento con Fluoxetina.

Expresa con cierta frecuencia temores de carácter hipocondríaco, que la madre disipa con facilidad. En la última consulta, refiere que se ha sentido con sensación de mareo en un gran almacén porque había mucha gente y que le ha pasado varias veces en Misa. No asocia sensación de miedo en esas situaciones. Hay que esperar si esto se repite para considerar que se trata de manifestaciones de ansiedad.

Comentarios

Desde el punto de vista práctico es útil conceptualizar los síntomas de ansiedad en la infancia y adolescencia, de forma dimensional. Es muy frecuente que en el tiempo se sucedan diferentes manifestaciones de ansiedad que pueden encuadrarse en categoría diferentes: ansiedad generalizada, de separación, fobia escolar etc.

Por otra parte, la respuesta a los fármacos y la evolución clínica no son tampoco específicas de cada categoría.

El tratamiento abarca el control de los síntomas agudos de ansiedad, el tratamiento de mantenimiento y la terapia conductual que permitirá superar el miedo y conseguir que no haya conductas de evitación.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Versión española. Barcelona: Masson 1995.
2. Moreno Villares JM, Oliveros Leal L, Rodrigo Alfageme M. Miedo al atragantamiento ("choking phobia") en el diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria. *Acta Pediatr Esp*. 2006; 64(9): 425-427.
3. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. En: María Jesús Mardomingo Sanz Editor. *Psiquiatría para padres y educadores*. Madrid: Narcea S.A. Editores ; 2002 p.53-84.
4. Pine DS, Klein RG. Anxiety Disorders. En: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor and A. Thapar, Editors. *Rutter's Child and Adolescents Psychiatry, 5 th ed*. Oxford :Blackwell Publishing; 2008 p. 628-647.
5. Rodrigo Alfageme M, Hernández Guillén R. Ansiedad. *Depresión y Conducta suicida en la adolescencia*. *Medicine* 2003; 8(116):6199-6208.
6. Rodrigo Alfageme M, Hernández Guillén R. *Psiquiatría en Urgencias*. En: Marín Ferrer M, Ordóñez Sáez O, Palacios Cuesta A. Editores. *Manual de Urgencias en Pediatría Hospital 12 de Octubre*. Madrid Ergon; 2011 p.809-823.

Tabla 1
Categorías clínicas de los trastornos de ansiedad en la infancia

Ansiedad generalizada	Se tienen preocupaciones no realistas, excesivas y generalizadas, sobre una variedad de circunstancias de la vida: escuela, trabajo, enfermedades, resultados escolares. Siempre acompañado de síntomas físicos: quejas somáticas sin causa orgánica, onicofagia, tricotilomanía, pesadillas, sensación de tensión interna.
Fobias	Miedo irracional e importante a objetos que no son intrínsecamente peligrosos: animales o situaciones: alturas. Producen evitación, e interferencia en las actividades de la vida diaria.
Ansiedad de separación	La única específica que comienza en la infancia, empieza en la edad preescolar. La separación de la casa o de los padres provoca ansiedad.
Ansiedad social	La ansiedad se produce en situaciones sociales por miedo al ridículo, a ser criticado, a no saber responder. Aparece en la adolescencia. En la infancia se correspondería con el Mutismo Selectivo.

Tabla 2
Tranquilizantes menores. De elección para el tratamiento agudo en los episodios de ansiedad

BENZODIACEPINAS	
Diazepan	Potencia: baja. Absorción: rápida. Acción: prolongada. 0,05-0,3 mg/K/dosis. Cada 8 horas. Gotas: 2 mg =1 ml. Comp. 2,5; 5; 10; 25 mg.
Clorazepato (Tranxilium®)	Potencia: baja. Absorción: rápida. Acción: intermedia 0,5 mg/K/día (máx.1-2 mg/k/día) (1-3 dosis) Sobres 2,5 mg. Caps. 5-10-15 mg. Comp. 50 mg.
Loracepan (Orfidal®)	Potencia: baja. Absorción: rápida. Acción: corta. 0,5-5mg/día. Comp. 1 mg.
ANTIISTAMÍNICOS	
Hidroxicina (Atarax®)	Acción sedante e hipnótica. 2 mg / K/día. Cada 6-8 horas. Jarabe: 5 ml=10 mg. Comp. 25 mg.
Difenhidramina (Benadryl®)	Acción sedante e hipnótica. 5 mg/K/día Cada 6-8 horas. Jarabe: 5 ml=12,5 mg.