

TEMA 6. Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia

F. Guerrero Alzola, P. Sánchez Mascaraque

RESUMEN

En este capítulo se van a revisar los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia, que incluyen el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, las fobias, el trastorno de ansiedad social (fobia social), el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada. También se va a revisar el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Históricamente tanto los trastornos de ansiedad como el TOC se incluían en los manuales diagnósticos en el apartado de trastornos de ansiedad. Sin embargo, la fenomenología y la etiología claramente diferenciadas entre ellos ha hecho que en el DSM-5 el TOC aparezca en otro apartado junto con la dismorfofobia, el trastorno por acumulación, la tricotilomanía y el trastorno por excoriación. Por otro lado, es habitual la comorbilidad entre el TOC y otros trastornos de ansiedad en la infancia. En este capítulo se abordarán por separado, con una revisión de la clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención.

Trastornos de ansiedad

Introducción y definición

Los trastornos de ansiedad y la sintomatología ansiosa son los problemas psiquiátricos más prevalentes en la infancia y en la adolescencia en Estados Unidos y también en España, por delante de la depresión y los trastornos de conducta. A menudo se inician en la infancia y la adolescencia, son progresivos, persistentes/crónicos o de curso recurrente.

La ansiedad está vinculada con las emociones, que tanta importancia han cobrado en la filosofía occidental. Las emociones pueden desencadenarse por factores externos o internos (recuerdos, ideas, imágenes y deseos), que activan los mecanismos neurovegetativos de la ansiedad. Así, es posible generar emociones mediante estimulación externa de las estructuras cerebrales que sustentan estos mecanismos.

Podemos equiparar ansiedad a miedo. Hay miedos normales o evolutivos que son miedos concretos y autolimitados, y que cambian con la edad y el desarrollo del niño. Sin embargo, su persistencia o su intensidad pueden indicar un carácter patológico.

Y también existe una ansiedad patológica, que puede definirse como aquella ansiedad que surge sin que haya un peligro o amenaza objetivable, o como una respuesta desproporcionada en intensidad y duración que pone en marcha los mecanismos fisiológicos de alerta y defensa.

La ansiedad se manifiesta con síntomas neurovegetativos (inquietud psicomotriz, taquicardia, desasosiego, sudoración, piloerección), cognitivos, emocionales y conductuales.

Si el trastorno de ansiedad se mantiene, puede tener repercusiones negativas en la autoestima, la consecución de objetivos académicos y las relaciones sociales y familiares. Por otra parte, tiene un alto valor predictivo de trastornos de ansiedad y depresión en la edad adulta.

Siguiendo la clasificación del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su quinta edición (DSM-5), los trastornos de ansiedad más habituales en la infancia y adolescencia son el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y las fobias específicas. Siendo éstas las categorías más frecuentes, cualquiera de los cuadros de trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5 puede diagnosticarse en niños y adolescentes.

Un trastorno de ansiedad a menudo es comórbido con otro trastorno de ansiedad o con un trastorno depresivo, y acompaña a numerosos trastornos psiquiátricos.

Epidemiología

La prevalencia de los trastornos de ansiedad oscila entre el 3 y el 20%¹⁻³, según el diseño epidemiológico del estudio, los criterios diagnósticos empleados, los trastornos de ansiedad incluidos y la edad de los pacientes.

Normalmente se inician entre los 4 y los 9 años, dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad (tabla 1). La prevalencia aumenta en la edad adulta, hasta alcanzar un 15-25%.

Son más frecuentes en el sexo femenino que en el masculino (aproximadamente 2:1), y la diferencia se acentúa a partir de la pubertad.

Los tipos de trastornos de ansiedad más comunes son:

- Trastorno de ansiedad por separación. Es la categoría más habitual en niños en edad escolar (6-12 años).

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas de los trastornos de ansiedad (DSM-5)

Tipo de trastorno de ansiedad	Edad de inicio (años)	Edad más frecuente	Prevalencia en Estados Unidos	Otras características
Trastorno de ansiedad por separación	3-12	Niños	4% niños 1,6% adolescentes	Familias sobreprotectoras
Fobia social	8-15	Adolescentes	8%	
Mutismo selectivo	<5	Niños	0,03-1%	
Trastorno de ansiedad generalizada	8,5 (media de inicio en niños) 30 (media de inicio contando todas las edades)	Adolescentes	0,9% adolescentes	Nivel socioeconómico alto y expectativas elevadas Niños perfeccionistas, tímidos e inhibidos
Fobia específica	7-11	Adolescentes	5% niños 16% adolescentes	Son factores predisponentes los acontecimientos traumáticos, ver que otras personas sufren daño o experimentan temor y las advertencias repetidas de determinados peligros
Trastorno por ataques de pánico	16-25 (raro en <16 años)	20-40 años	<0,4% niños 2-3% adolescentes	
Agorafobia	17-35 (raro en <16 años)	25-50 años	1,7% adolescentes	

Modificada y adaptada de Soutullo (2017)⁴.

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Fobia social. Es la segunda categoría más frecuente en la adolescencia.
- Fobias específicas. Es la categoría más común en adolescentes.

Es habitual la concurrencia de varios trastornos de ansiedad en el mismo paciente y la comorbilidad con el trastorno depresivo.

Neurobiología

En las últimas dos décadas se ha avanzado mucho en este sentido (véanse las revisiones de Blackford y Pine⁵ y Strawn et al.⁶).

Las regiones cerebrales que actualmente sabemos que están implicadas en la sensación de ansiedad son:

- La corteza prefrontal, que integra la información exterior.
- La amígdala, que es la responsable de la respuesta inicial del miedo.

Además de ellas, estructuras posteriores, la corteza cingulada anterior, la ínsula y el cerebelo han sido implicados en los trastornos de ansiedad en estudios funcionales realizados en niños y adolescentes.

Respecto a los neurotransmisores, en la ansiedad se produce un aumento de la liberación de noradrenalina, que eleva el glutamato y disminuye el GABA. En cambio, la serotonina produce el efecto contrario. De ahí la acción terapéutica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en los trastornos de ansiedad. Las neuronas serotoninérgicas también ejercen una acción inhibitoria de las neuronas noradrenérgicas, que tienen un papel esencial en el desencadenamiento de la ansiedad y en su mantenimiento.

Factores etiopatogénicos

Distinguimos dos tipos de factores causales de los trastornos de ansiedad: los ambientales y los biológicos.

Factores ambientales

Son responsables del 60-70% del cuadro clínico.

- Acontecimientos vitales estresantes; por ejemplo, el duelo por la muerte de un ser querido, un cambio de colegio, el divorcio de los padres, un cambio de residencia, un desastre natural, abusos, un robo o una agresión. La escala de acontecimientos vitales para niños (6-11 años) y para adolescentes (12-18 años) de Mardomingo y González Garrido⁷ pretende estimar el grado de ansiedad y el grado de reajuste o adaptación necesarios ante los agentes estresantes.
- Comportamientos o dificultades emocionales en las figuras de referencia; por ejemplo, una crianza parental sobreprotectora, o excesivamente punitiva, o padres que transmiten miedo a los hijos (padres con ansiedad, sin vida social...); familias disfuncionales con condiciones de salud o sociales desfavorables.

Factores biológicos

Son responsables del 30-40% del cuadro clínico.

- Factores genéticos. La heredabilidad de los trastornos de ansiedad es moderada, de en torno al 30-40%. La investigación se centra en algunos genes, sobre todo en los que codifican el transportador de serotonina SERT, el *brain-*

derived neurotrophic factor (BDNF) y la catecol-O-metiltransferasa (COMT), que son mediadores de la respuesta de ansiedad ante un estresante. Por ejemplo, los niños portadores de la variante S de SERT son más vulnerables a presentar una reacción desproporcionada ante una amenaza, y en presencia de factores de riesgo aumenta el riesgo de sufrir un trastorno de ansiedad o una depresión.

La contribución genética parece ser mayor a medida que aumenta la edad en las niñas y en las fobias específicas.

En cambio, en la ansiedad social los factores genéticos en los niños aumentan hasta el 53%, frente al 27% en la edad adulta.

- Temperamentales. El temperamento tiene una base genética, se objetiva desde los primeros años de vida y es estable en el tiempo. La inhibición conductual es el rasgo temperamental más estudiado como posible precursor de los trastornos de ansiedad. La inhibición conductual se define como la presencia de ciertos rasgos biológicos que predisponen a reaccionar con inhibición y retraimiento cuando el niño se ve expuesto a determinadas situaciones o experiencias de carácter ambiental o social. Se ha constatado que alrededor del 10-20% de los niños nacen con esa predisposición.

Clínica

Las manifestaciones clínicas varían en función de la edad y del desarrollo cognitivo y emocional de cada niño, como también varía el contenido del pensamiento ansioso según el tipo de trastorno de ansiedad que se padezca (tabla 1).

- En niños pequeños los síntomas más habituales son inquietud motriz, trastorno del sueño, pérdida de apetito, llanto inmotivado y negativa a separarse de los padres. También pueden aparecer síntomas somáticos como dolor abdominal (el más frecuente) y cefaleas, aunque puede afectar a cualquier órgano y sistema corporal.
- La ansiedad manifestada comportamentalmente puede conducir a diagnósticos incorrectos de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante u otros problemas de conducta.
- Los niños más mayores (edad escolar) pueden verbalizar angustia, miedo, nerviosismo, tensión, rabia y temores irreprimibles. También pueden presentar comportamientos disruptivos o antisociales.
- A estas edades son típicos los problemas de memoria, las dificultades de atención y concentración y la lentitud de pensamiento. Los trastornos del sueño continúan, y los síntomas somáticos más frecuentes son la cefalea y el dolor abdominal, aunque también son habituales los mareos, el dolor torácico, la taquicardia y la sensación de ahogo.
- La despersonalización y la desrealización son propias de la etapa adolescente. La despersonalización es un sentimiento de extrañeza hacia el propio yo, como si el adolescente se sintiera vacío. En la desrealización el mundo circundante se percibe como si no existiera, como si no fuera real ni tuviera vida. Además de los sínto-

Tabla 2. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad del DSM-5

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico*
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relacionados con el hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en la preocupación, el malestar psicológico subjetivo, el rechazo a quedarse solo en casa o a desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o la presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras vinculares o su anticipación	El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes; duran al menos 4 semanas en niños y adolescentes, y típicamente 6 o más meses en adultos
Trastorno de ansiedad generalizado	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y difíciles de controlar sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica	La ansiedad o la preocupación deben estar presentes la mayoría de los días durante un mínimo de 6 meses
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación con una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores	Especificación: únicamente relacionada con la actuación o ejecución (en el caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o una situación específicos, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo o ansiedad	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: animal, entorno natural, sangre-herida-inyecciones, situacional... El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses

mas somáticos descritos previamente, es frecuente que los adolescentes se quejen de insomnio y fatiga.

Los síntomas de ansiedad pueden ser muy acusados en presencia del estímulo que despierta temor y llegar a desaparecer en los entornos en los que no se percibe esa amenaza.

A continuación se resume la clínica de los trastornos de ansiedad más habituales en la infancia y la adolescencia. En la tabla 2 se resumen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad del DSM-5⁸.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad del DSM-5 (continuación)

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico*
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en la que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (típicamente en casa y en presencia de familiares)	Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a la escuela)
Trastorno de pánico	Presencia de ataques de pánico inesperados y recurrentes. Al menos uno de ellos va seguido de un mínimo de 1 mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con el ataque de pánico	
Agorafobia	Miedo o ansiedad intensos que aparecen casi siempre en dos o más situaciones típicamente agorafóbicas (en transportes públicos, en lugares abiertos, en lugares cerrados, al hacer colas o al estar en medio de una multitud y/o al estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por miedo a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que puedan ser motivo de vergüenza	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses

*En esta columna se omiten los criterios que tienen que ver con: a) no se explica mejor por otro trastorno psicopatológico u otras patologías médicas-ingesta de sustancias, y b) causan malestar psicológico significativo y/o deterioro en el funcionamiento social, laboral/escolar o en otras áreas.

Trastorno de ansiedad por separación

Es una angustia intensísima que el niño o el adolescente experimenta cuando tiene que separarse de sus padres o cuidadores, desproporcionada para la edad y las circunstancias. Puede ocurrir al acostarse, al ir al colegio, al salir con los amigos, cuando duerme en casa de familiares, cuando va a una excursión o un campamento... El niño piensa que va a pasar algo malo (por ejemplo, teme que no vayan a recogerlo al colegio, que los padres no estén en casa cuando él vuelva, que vaya a ponerse enfermo en el colegio...), e intenta evitar por todos los medios que se produzca esa separación.

Al adolescente le cuesta más admitirlo, y a veces no es un miedo concreto, sino algo difuso (por ejemplo, temor a la vida en general), que experimenta como nostalgia de lo que ha sido su vida de niño. Esta nostalgia puede llegar a desesperación y necesidad urgente de remediar esta situación.

La muerte es uno de los temas que más angustia generan, pero también puede provocar el miedo a los animales, a monstruos, a situaciones peligrosas para él o su familia, a ladrones, a desconocidos... Lo que hay que tener presente es que el foco de la ansiedad es el temor a la separación.

Uno de los cambios que ha introducido la nueva edición del DSM-5 es considerar que el trastorno puede darse en la edad adulta y aparecer después de los 18 años de edad. De todos modos, la edad más frecuente es la comprendida entre los 6 y 10 años, y tiende a disminuir a partir de los 12 años.

No es habitual que comience en plena adolescencia, pero cuando esto sucede el pronóstico es peor. Aunque en contadas ocasiones, también puede aparecer antes de los 6 años, y también en este caso su desarrollo es más problemático.

Es muy típico que se acompañe de síntomas somáticos, de sintomatología depresiva (tristeza, llanto, apatía, dificultades de atención y de concentración) y de problemas en la relación con compañeros.

El trastorno de ansiedad por separación es más frecuente en familias con actitud sobreprotectora, que impide que el niño se enfrente a los retos de la vida, lo que favorece la aparición de la ansiedad. En cambio, no suele darse en niños abandonados.

A menudo se asocia a otros trastornos de ansiedad o bien deriva a otros trastornos psiquiátricos a lo largo de su evolución. Se consideran factores de mal pronóstico el inicio más tardío, la psicopatología familiar, el absentismo escolar de más de 1 año y la asociación a otros trastornos psiquiátricos o a comorbilidad.

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación exagerada ante la vida en general. El paciente sufre múltiples miedos que carecen de base real y que afectan a las más diversas facetas de la vida. La ansiedad se manifiesta ante situaciones presentes (exámenes, relaciones con amigos o profesores), pasadas (analizándolas repetitivamente) y posibles acontecimientos futuros.

Este afrontamiento ansioso de la realidad se acompaña de un sentimiento general de inseguridad e inaptitud. Por ejemplo, aunque el niño tenga un buen rendimiento escolar, teme el fracaso; aunque en el colegio sea querido y aceptado, se siente inseguro;

debido a su inseguridad, los padres se sienten obligados a reafirmar continuamente su amor por él.

Son comunes las quejas somáticas (sobre todo dolor abdominal y cefalea) sin base orgánica. Asimismo, el niño a menudo presenta un estado permanente de nerviosismo y tensión.

El TAG es más habitual en familias con un nivel socioeconómico alto y un nivel de exigencia y expectativas elevado.

El niño que sufre este trastorno suele tener una personalidad perfeccionista, hipersensible a la crítica, con un temperamento tímido e inhibido.

A veces el TAG comienza de forma abrupta y otras de forma gradual, siguiendo un curso de exacerbaciones desencadenadas por el estrés. Puede evolucionar hacia la fobia social, sobre todo en la adolescencia.

El diagnóstico de TAG no siempre es sencillo porque es un fenómeno difuso, difícil de explicar, incluso para los adultos. Para poder diagnosticarlo necesitamos la información de los padres y del niño al realizar la anamnesis y exploración psicopatológica.

Trastorno de ansiedad social (fobia social)⁹

La edad media de aparición son los 13 años. En la etapa de la adolescencia las relaciones sociales son esenciales en el proceso de maduración personal, por lo que este trastorno impide que ese proceso se desarrolle con normalidad y limita de forma muy notable la vida de quien lo padece.

El adolescente con trastorno de ansiedad social siente pánico ante las situaciones que implican contacto social con otras personas y en las que puede ser examinado/juzgado, sobre todo si se trata de desconocidos. Siente miedo, vergüenza y ataques de pánico si tiene que acudir a una celebración, hablar en público, estar con desconocidos o en grupo, hacer una gestión... El adolescente que sufre este trastorno evita acudir a reuniones sociales y hablar y comer en público. Estas situaciones le provocan una intensa angustia, que se manifiesta en forma de rubor, sudoración, temblor, tartamudez y sentimiento de ridículo acusado. Por este motivo, existe un rechazo anticipado y una censura hacia los demás carente de fundamento y que le impide realizar con naturalidad actividades sociales, como participar en juegos de equipo, colaborar en clase o tener citas adecuadas a su edad. En el 90% de los casos este trastorno causa importantes problemas psicosociales, entre ellos abandono escolar.

En el DSM-5 se diferencia un subtipo de trastorno de ansiedad social que se caracteriza por padecer miedo «sólo de actuación», habitualmente relacionado con la vida

profesional de la persona (por ejemplo, dar una charla en público, dar un concierto o hacer una presentación en el colegio). Este subtipo parece que es cualitativamente distinto a las otras formas de presentación del trastorno de ansiedad social: baja heredabilidad, inicio más tardío, menor deterioro, presencia de una fuerte reacción psicofisiológica a las situaciones «de actuación», y una muy buena respuesta al tratamiento con betabloqueadores (que se administran 1 hora antes de enfrentarse a la situación temida).

Es un trastorno poco diagnosticado y, por lo tanto, poco tratado, ya que a veces se confunde con timidez.

Fobias específicas

Son miedos irreprimibles, persistentes y difíciles de vencer ante un estímulo o situación en concreto, y que sólo aparecen en presencia de ese estímulo. Se pueden manifestar como llanto, rabietas, quedarse paralizado o aferrarse. Los niños, a diferencia de los adultos, no suelen reconocer que sus temores son excesivos o irracionales, y raramente expresan malestar por la fobia.

Entre las fobias más frecuentes en la infancia, aparte de la fobia escolar, figuran la fobia a la oscuridad (50% del total), a los animales (25% del total), a los accidentes, a las enfermedades, a los exámenes, al fracaso escolar, a determinadas películas y monstruos, a las tormentas, a la sangre o las heridas, al ascensor y a quedarse solo en la habitación. Saber que existe la posibilidad de tener contacto con el estímulo fóbico genera en el niño una ansiedad anticipatoria que da lugar a estrategias para evitar esa situación.

Para que un miedo se convierta en una fobia, debe producir en el niño un intenso malestar y limitar el desarrollo de su vida normal.

Diagnóstico y clasificación de los trastornos de ansiedad (DSM-5)

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico. Puede ser de ayuda realizar una entrevista semiestructurada basada en el DSM-5.

Existen algunas escalas para detectar ansiedad en los niños¹⁰. La más utilizada en la práctica clínica habitual es el STAI (State-Trait Anxiety Inventory), que evalúa dos conceptos independientes de ansiedad, cada uno de ellos mediante 20 preguntas: la ansiedad como estado (valora la propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a las personas con tendencia a percibir las situaciones como amenazantes-temperamento) y la ansiedad como rasgo (evalúa un estado emocional de ansiedad transitorio).

Además del STAI, durante el proceso de revisión del DSM se generaron nuevas escalas para apoyar la toma de decisiones clínicas y el seguimiento durante el trata-

miento. Estas escalas de autoevaluación pueden usarse en niños desde los 11 años y comprenden los constructos básicos del miedo y de la ansiedad junto con síntomas cognitivos, físicos y de comportamiento de una manera consistente y breve, usando una plantilla común para cada uno de los trastornos de ansiedad.

En el DSM-5 (publicado en 2013) se distinguen las siguientes categorías en los trastornos de ansiedad:

- Trastorno de ansiedad por separación (en el DSM-IV no estaba en esta sección).
- Trastorno de ansiedad generalizado.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social).
- Fobia específica.
- Mutismo selectivo (en el DSM-IV no estaba en esta sección).
- Trastorno de pánico. (Conviene aclarar que el ataque de pánico no es un trastorno mental. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales [p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático o trastornos por consumo de sustancias] y en algunas afecciones médicas [p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares o gastrointestinales].)
- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos (benzodiazepinas, estimulantes, inhaladores, cafeína, cannabis, cocaína o alucinógenos).
- Trastorno de ansiedad inducido debido a otra afección médica (hipertiroidismo, epilepsia, déficit de vitamina B₁₂...).
- Otros trastornos de ansiedad especificados.
- Trastornos de ansiedad no especificados.

En el DSM-5 el TOC y el trastorno por estrés postraumático se han separado de los trastornos de ansiedad y se han clasificado en otras secciones.

En la tabla 2 se resumen los criterios diagnósticos del DSM-5⁸.

Diagnóstico diferencial¹¹

El principal diagnóstico diferencial habrá que hacerlo con la depresión. Además, un tercio de los trastornos de ansiedad se acompañan de sintomatología depresiva. También hay que hacer el diagnóstico diferencial con:

- Síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- TOC.
- Trastorno de estrés postraumático.
- TDAH.
- Trastorno del comportamiento.

- Esquizofrenia. En la primera infancia suelen aparecer disarmonías. En la adolescencia la esquizofrenia puede empezar con crisis intensísimas de ansiedad, acompañadas de fobias y obsesiones de inicio brusco, sin respuesta al tratamiento. Es la evolución la que aclara el diagnóstico. Generalmente, aunque no siempre es así, en la esquizofrenia hay una personalidad premórbida diferente y es posible que se hayan producido conductas extrañas y peculiares como señal de alarma. Los antecedentes familiares de ambas enfermedades son también distintos.
- Trastorno de personalidad esquizoide.

Por último, tampoco hay que olvidar incluir en el diagnóstico diferencial:

- Patología orgánica que pueda dar síntomas parecidos a los de ansiedad: hipotiroidismo e hipertiroidismo, feocromocitoma, arritmias cardíacas (taquicardia supraventricular paroxística), enfermedad de Wilson, epilepsia, hipoglucemia, enfermedad vestibular, asma, esclerosis múltiple, corea de Huntington, tumores del sistema nervioso central, etc.
- Consumo de tóxicos (alcohol, opiáceos, cocaína, cafeína, anfetaminas, etc.) o medicamentos responsables de los síntomas, como, por ejemplo, síntomas del síndrome de abstinencia o efectos secundarios de psicoestimulantes, beta-agonistas, esteroides, teofilina, estimulantes alfa-adrenérgicos o bloqueadores de los canales del calcio.

Trastornos comórbidos

Es muy frecuente que el trastorno de ansiedad coexista con otros trastornos psiquiátricos, que debemos detectar porque pueden empeorar el funcionamiento del niño o adolescente con ansiedad y disminuir la respuesta al tratamiento del trastorno de ansiedad, y además pueden requerir su propio tratamiento específico. Estos trastornos comórbidos suelen ser:

- Otro trastorno de ansiedad. Es lo más frecuente, hasta en el 50% de los casos.
- Depresión. Muchas veces se desarrolla cuando el cuadro de ansiedad se ha cronificado. Es la segunda comorbilidad más habitual.
- Trastorno por síntomas somáticos.
- TDAH. Lo padecen el 20-40% de los niños con ansiedad.
- Trastorno por abuso de sustancias.
- Trastorno del sueño. Hasta el 90% refieren al menos un problema en el sueño, siendo los más comunes las pesadillas, los despertares durante la noche y la resistencia a irse a la cama por miedo a la oscuridad o a la separación.

Pronóstico

Sin tratamiento, los trastornos de ansiedad tienden a persistir en la adolescencia y la edad adulta. Muchas veces siguen un curso fluctuante, con periodos de mejoría, e incluso remisión, y otros de recaída.

Con un tratamiento adecuado la mayoría de los niños con ansiedad se curan del episodio actual; se disminuye la frecuencia, duración y gravedad de las recaídas, y se evitan otros trastornos en edades posteriores.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la angustia y el estrés del niño o adolescente. Para diseñar un plan de tratamiento habrá que tener en cuenta lo siguiente:

- La gravedad del trastorno.
- El diagnóstico específico del trastorno de ansiedad.
- Tiempo de evolución del trastorno (si es de inicio reciente, con síntomas de larga evolución con empeoramiento progresivo o fluctuante).
- Situaciones en las que presenta síntomas (al ir al colegio, al irse a dormir, etc.).
- Comorbilidades (TDAH, trastorno del espectro autista, trastorno de conducta...).
- Edad y grado de desarrollo del niño. Cuanto más pequeño sea el niño, más debemos centrar la intervención en el entrenamiento de los padres.
- Situación social, familiar y escolar del niño o adolescente.
- Características familiares y psicopatología en la familia.
- Recursos disponibles del sistema de salud y familiares.
- Tratamientos anteriores que hayan sido efectivos o hayan fracasado.

La base del tratamiento en la actualidad es la psicoterapia (terapia cognitivo-conductual fundamentalmente), seguida de la farmacoterapia (ISRS) y las medidas ambientales y familiares necesarias. Los estudios sugieren que el tratamiento más efectivo

Tabla 3. Pautas de manejo conductual para los padres y profesores

- Entender que el niño siente miedo real, y no se trata de un capricho
- Averiguar por qué y a qué tiene miedo exactamente
- Intentar que el niño se dé cuenta de que el miedo es irracional (sin hacerle sentir culpable)
- La única forma de superar el miedo es enfrentarse a lo que se teme
- Ayudar al niño a que se exponga a la situación que le da miedo:
 - Enseñarle herramientas concretas para afrontarlo
 - Seguir un plan de exposición escalonado (empezando por lo menos temido)
 - Evitar avanzar en ese plan hasta que se domine el anterior
 - Ofrecerle la ayuda que necesite (p. ej., compañía, reducir las exigencias, medicación...), que se irá disminuyendo a medida que remitan los miedos
 - Responder con premios y elogios cuando lo consiga afrontar
 - Mantener una actitud optimista si no lo consigue
 - No permitir la evitación total del estímulo
- Manejo de las quejas somáticas
- Manejo de las recaídas
- Acudir a un especialista si con estas medidas no se consiguen resultados

Adaptada de Soutullo (2017)⁴.

es el que combina psicoterapia y farmacoterapia, con una tasa de respuesta del 80% (la tasa de respuesta de estos dos tratamientos por separado es del 55-60%)¹².

Los fármacos y la psicoterapia mejoran los síntomas de ansiedad, ya que actúan sobre los circuitos cerebrales que comunican la corteza cerebral con la amígdala, entre otros. Su acción se produce induciendo cambios neuroquímicos y neurofisiológicos.

Manejo conductual (tabla 3)⁴

Es indispensable formar a los padres y profesores para que sepan manejar a un niño con ansiedad, aunque los síntomas sean leves o incipientes. El objetivo es frenar o retrasar el empeoramiento de los síntomas y favorecer la remisión. A veces este tipo de intervención puede ser el único tratamiento necesario; está incluido en la psicoterapia cognitivo-conductual, de la que hablaremos más adelante.

Psicoterapia

Regula y modula la información que, procedente de la corteza prefrontal, va a la amígdala. Su objetivo es enseñar al paciente a controlar la angustia y a responder de forma más adecuada a los estímulos y vivencias ansiógenos.

La psicoterapia más eficaz y mejor estudiada es la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición. Incluye¹³:

- Psicoeducación del niño y de los cuidadores (en ocasiones puede extenderse a profesores y compañeros de clase) para que conozcan qué es la ansiedad, su impacto potencial y su tratamiento.
- Entrenamiento en manejo conductual y técnicas para manejar reacciones somáticas.
- Medidas generales de higiene mental (horarios adecuados de sueño, alimentación equilibrada, ejercicio físico, práctica de aficiones...).
- Reestructuración cognitiva en caso de pensamientos erróneos o irracionales.
- Técnica de relajación y respiración diafragmática.
- Plan de exposición progresiva y prevención de respuesta. Las conductas ansiosas suelen perder intensidad cuando el paciente se expone a las situaciones temidas y permanece en ellas hasta que los sentimientos de ansiedad disminuyen. Es necesario repetir esta exposición hasta que la situación no provoque la más mínima ansiedad. En algunos casos el objetivo se logra de manera más rápida si se asocian técnicas de respiración profunda, relajación muscular y autoinstrucciones verbales.

Este tipo de psicoterapia está recomendada para iniciar el tratamiento en cuadros de ansiedad leves y moderados. Debe conseguir la remisión completa de los síntomas, ya que la persistencia de síntomas residuales puede favorecer la recaída. Si la gravedad del trastorno u otras circunstancias lo recomendaran, habría que añadir tratamiento farmacológico.

Otra terapia cognitivo-conductual muy utilizada en el trastorno de ansiedad por separación y el TAG es el programa «El gato habilidoso», desarrollado por Kendall en 1990.

También son útiles en el trastorno de ansiedad de niños y adolescentes la psicoterapia interpersonal, la terapia psicodinámica, las intervenciones de apoyo y las terapias conductuales con la familia.

Tabla 4. Antidepresivos para el tratamiento de la ansiedad* y el trastorno obsesivo-compulsivo

	Tipo de antidepresivo	Dosis inicial (mg/día)	Dosis habitual (mg/día)	Incremento gradual	Dosis máxima	Edad mínima (años)
Sertralina	ISRS	25	Ansiedad: 50-100 TOC: 100-200	50 mg/día cada 7-14 días	200 mg/día	≥6
Fluoxetina	ISRS	Peso <25 kg: 5-10 >25 kg: 20	20	10-20 mg/día cada 7-14 días	60-80 mg/día	≥7
Citalopram	ISRS	10	20-30	4-8	40 mg/día	
Escitalopram	ISRS	5-10	10-20	10 mg/día/semana	20 mg/día	>12
Fluvoxamina	ISRS	25	50-100	50 mg/día/semana	300 mg/día o 5 mg/kg/día	≥8
Paroxetina	ISRS	5	20	5 mg/día/semana	60 mg/día	
Clomipramina	Tricíclico	Peso <25 kg: 10 >25 kg: 25	100	Edad <10 años: 10 mg/día cada 3 días Edad >10 años: 25 mg/día cada 3 días	250 mg/día o 5 mg/kg/día	≥10

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TOC: trastorno obsesivo-compulsivo.

*Ningún ISRS está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la ansiedad. Sin embargo, son los fármacos de primera elección en niños y adolescentes con ansiedad porque numerosos estudios demuestran que son los más efectivos y mejor tolerados. Algunos ISRS están aprobados por la FDA para el tratamiento del TOC (sertralina, fluoxetina, fluvoxamina), por lo que muchos clínicos optan por ellos para tratar a niños con ansiedad.

Modificada de Soutullo (2017)⁴ y Mardomingo (2015)¹⁸.

Tabla 5. Antidepresivos duales efectivos en el trastorno de ansiedad

	Dosis de inicio (mg/día)	Dosis habitual (mg/día)	Dosis máxima (mg/día)
Venlafaxina	37,5	75-150	225
Duloxetina	30	30-60	120
Mirtazapina	7,5	15-30	30

Tomada de Soutullo (2017)⁴.

Varios estudios indican la posibilidad de que los adolescentes no respondan bien a una única modalidad de tratamiento (psicoterapia o psicofármacos), por lo que en estos casos se recomienda aumentar la dosis de los psicofármacos hasta los niveles más altos del rango terapéutico y potenciar la utilización de tratamientos combinados (técnicas de asociación y potenciación terapéuticas).

Por su uso creciente, creemos relevante hablar sobre *mindfulness*, una técnica que en las últimas décadas «está de moda». Dos técnicas en particular se han utilizado para promover la salud y el bienestar en adultos y jóvenes con ansiedad: el *mindfulness* basado en la reducción de estrés y el basado en la terapia cognitivo-conductual. Estas intervenciones psicoterapéuticas son prometedoras para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en adultos; en niños y adolescentes los estudios son limitados¹⁴⁻¹⁶.

Tabla 6. Dosis de las benzodiacepinas más usadas en niños y adolescentes

	Presentaciones (mg)	Nombres comerciales	Dosis de inicio	Dosis recomendada
Clorazepato	2,5 (sobres), 5, 10, 15, 50 mg	Tranxilium®	0,25 mg/kg/día 2,5-5 mg/día	0,5 mg/kg/día 10-30 mg/día
Clonazepam	Solución, 0,5, 2 mg	Rivotril®	0,01-0,03 mg/kg/día 0,5 mg (máximo 1,5 mg)	0,02-0,1 mg/kg/día 2-4 mg/día
Diazepam	5, 10 mg	Valium®	2,5-5 mg/día	10-40 mg/día
Lorazepam	1, 2, 5 mg	Orfidal® Donix® Placinoral®	0,5-1 mg/día	0,02-0,1 mg/kg/día 1-5 mg/día

Las benzodiacepinas más usadas son las de vida media larga, por su mayor tolerancia y su menor riesgo de efecto rebote y de dependencia, como las que se incluyen en la tabla. En niños y adolescentes es conveniente evitar benzodiacepinas como alprazolam (Trankimazin®) o bromazepam (Lexatin®). Es preferible no usar benzodiacepinas en menores de 9 años. Modificada de Soutullo (2017)⁴.

Farmacoterapia^{4,17}

Está indicada en niños a partir de 6 años si los síntomas son moderados-graves y provocan una disfunción significativa. También debe valorarse si ha fracasado la psicoterapia.

Fármacos:

- ISRS (tabla 4). Son los fármacos de primera línea, y son bastante bien tolerados por niños y adolescentes. Interrumpen los estímulos de miedo y pavor que proceden de la amígdala y se dirigen a la corteza prefrontal (al igual que las benzodiacepinas). A pesar de que es la medicación de primera línea para tratar la ansiedad, ningún ISRS ha sido aprobado aún por la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos para el tratamiento de la ansiedad.

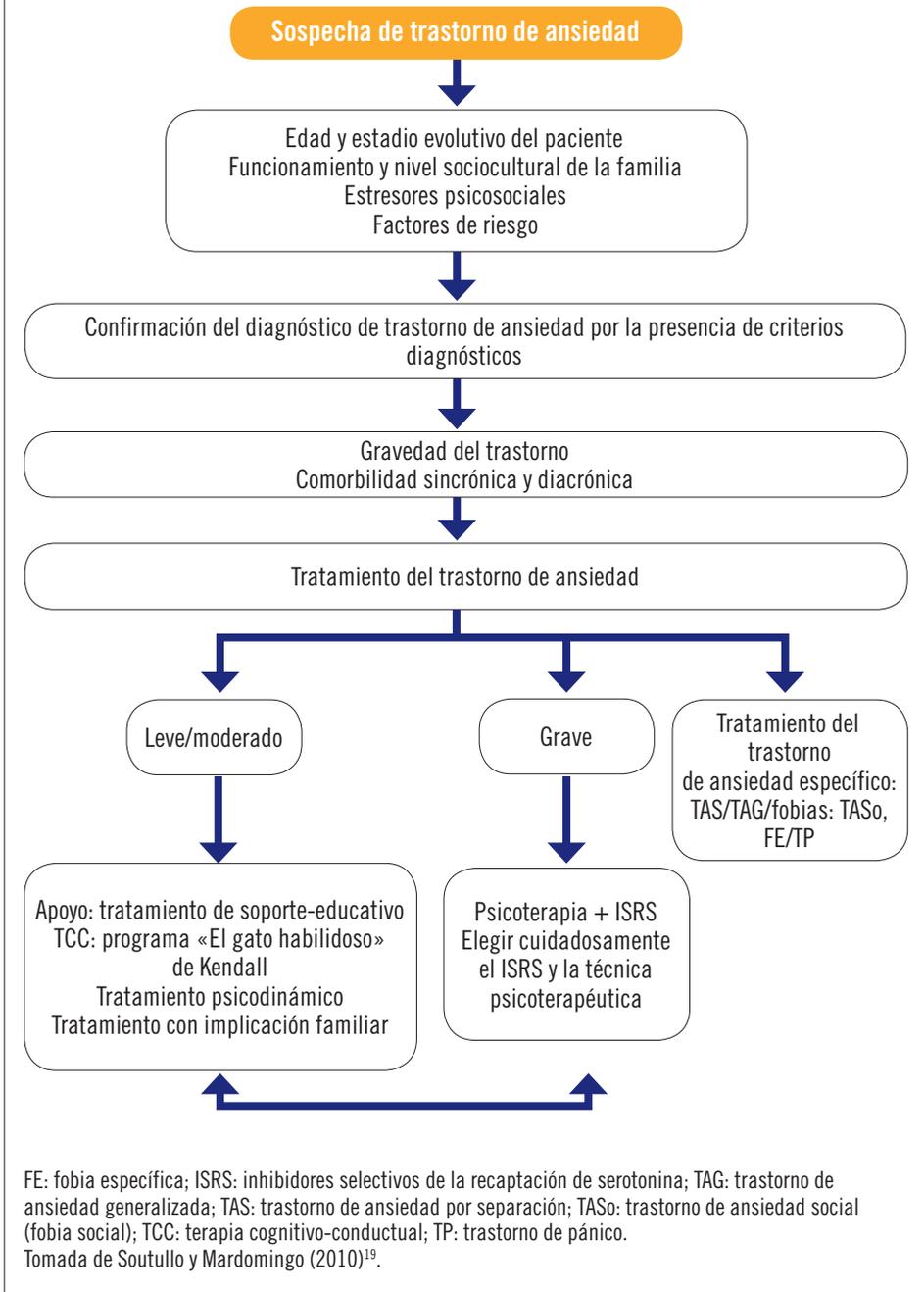
A la hora de elegirlos tendremos en cuenta, entre otras cosas, su vida media. La fluoxetina tiene una vida media de 2-3 días, y 2 semanas su metabolito activo. La sertralina y el escitalopram tienen una vida media más corta, con pocas interacciones farmacológicas.

También tendremos en cuenta su metabolismo hepático y su excreción renal.

- Antidepresivos duales (venlafaxina, duloxetina, mirtazapina) (tabla 5). Son los fármacos de segunda línea. Son igual de efectivos que los ISRS, pero tienen más efectos secundarios. La duloxetina es el único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento del trastorno de ansiedad, concretamente para el trastorno de ansiedad generalizado en niños ≥ 7 años.

Cada 5 horas	Cambios de...	Dosis máxima	Vida media (h)
8-12	5 mg cada 72 h	1-2 mg/kg/día (máximo 90 mg/día)	30-48
8-12	0,25-0,5 mg cada 72 h	6 mg/día	
6-8-12	5 mg	40 mg/día	14-100
8-12	0,25-0,5 mg	20 mg/día	11-30

Algoritmo diagnóstico-terapéutico del trastorno de ansiedad



- Fármacos de tercera línea: antidepresivos tricíclicos, suspirona, alfa-adrenérgicos, bupropión y benzodiazepinas. Son menos efectivos y se toleran peor que los ISRS y los antidepresivos duales.

Las benzodiazepinas no están aprobadas por la FDA en población pediátrica; sin embargo, se usan con frecuencia en adolescentes con síntomas de ansiedad graves (que no pueden esperar las 2-3 semanas que tardan en hacer efecto los ISRS) o secundarios a un problema puntual, que presumiblemente no precise ISRS durante algunos meses (tabla 6).

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Introducción

El TOC es una de las patologías psiquiátricas graves más prevalentes en la infancia. Se define como la presencia de obsesiones (ideas, preocupaciones o dudas que no se pueden apartar de la mente) y compulsiones o rituales (actos repetitivos e irreprimibles) que ocupan mucho tiempo en la vida del paciente y generan una intensa angustia. En general se inicia en la edad infantil y lamentablemente el diagnóstico suele demorarse durante años, de modo que los niños quedan privados largo tiempo de tratamiento. La clínica en la infancia es la misma que en la edad adulta, con algunas peculiaridades derivadas de las capacidades cognitivas del niño y la implicación familiar en los síntomas. Hasta en un 80% de los casos hay comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico²⁰. La evolución suele ser crónica y la prevalencia se mantiene estable a lo largo de la vida en un 1-3%. Algunos datos sugieren que el TOC de inicio temprano puede ser un tipo de trastorno del neurodesarrollo que se acompaña de síntomas neuropsiquiátricos²¹. Hay un tipo especial de TOC infantil denominado PANDAS (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections*) que aparece en relación con una infección estreptocócica, lo que abre líneas de investigación en la etiología. Existen diversos tratamientos que han demostrado eficacia, tanto psicoterapéuticos como farmacológicos.

A continuación revisaremos las principales características del TOC destacando sus aspectos diferenciales en la infancia.

Epidemiología

La prevalencia del TOC en la infancia es del 1-2%²², con dos picos en su incidencia en la preadolescencia y en adultos jóvenes. En los niños se infradiagnostica por la naturaleza oculta de los síntomas, ya que tardan en contar lo que les sucede. Los padres, por su patología, minimizan los síntomas o a veces los niegan. La presencia de TOC se asocia a un riesgo elevado de padecer otro trastorno psiquiátrico en la edad adulta²³.

Factores etiopatogénicos

En la etiología del TOC intervienen factores genéticos, ambientales e inmunológicos.

Los factores genéticos se fundamentan en los estudios de gemelos monocigóticos, en los que la concordancia de TOC es mayor que en gemelos dicigóticos²⁴, y en los estudios en familiares de primer grado²⁵, en los que el riesgo de TOC aumenta hasta un 12%. Los estudios de ligamento proporcionan evidencia de susceptibilidad para padecer la enfermedad en los cromosomas 1q, 3q, 6q, 7p, 9p, 10p y 15q²⁶.

Los factores genéticos explican el 45-65% de la varianza del TOC en la infancia. La heredabilidad del TOC parece más elevada en los niños que en los adultos, lo que apunta a que se trata de un subtipo de trastorno del desarrollo. La herencia es poligénica y los genes implicados son reguladores del sistema serotoninérgico, dopaminérgico y glutamatérgico.

Sobre los eventos perinatales no hay estudios concluyentes, aunque algunos autores apuntan al consumo de alcohol o tabaco en el embarazo y a acontecimientos traumáticos en el nacimiento o tras él.

Tampoco se ha encontrado relación entre las experiencias adversas en la infancia (por ejemplo, el maltrato) y la aparición de TOC, pero sí en su comorbilidad, en especial con la depresión.

Hay un modelo explicativo neuropsicológico que propone una alteración en el circuito frontoestriatal²⁷.

Los estudios de neuroimagen confirman una hiperactivación del córtex orbitofrontal. Esta disfunción se encuentra también en familiares que no tienen TOC. La terapia cognitivo-conductual reduce esta hiperactivación²⁸.

El PANDAS se describió tras el hallazgo de clínica de TOC, tics y quizá TDAH tras infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A²⁹. Supuestamente, una respuesta inmunitaria a esta infección produciría inflamación de los ganglios basales y sería la responsable de la clínica. Este trastorno es objeto de debate entre algunos autores, así como el tratamiento con antibióticos e inmunomoduladores, con diversos estudios sobre su eficacia.

Clínica

Es la misma que en la edad adulta, con algunas características propias: los síntomas suelen estar ocultos; puede haber compulsiones sin obsesiones; las compulsiones suelen anteceder a las obsesiones; puede faltar el componente de encontrar el síntoma irracional o egodistónico, lo que posiblemente esté en relación con

la falta de habilidades metacognitivas de los niños. Los rituales suelen ser múltiples y van cambiando, y es habitual la participación de los padres en los rituales del niño. Ni el sexo ni la edad de inicio determinan la severidad del tipo de TOC.

Las obsesiones más frecuentes en los niños son el miedo a que ocurra una desgracia familiar, la contaminación, los escrúpulos, la culpa, las obsesiones sexuales y las somáticas.

En cuanto a las compulsiones, las más habituales son los lavados, las repeticiones, las comprobaciones, el orden y la simetría.

El comienzo precoz puede acompañarse de fenómenos sensoriales que preceden o acompañan a los rituales; incluyen sensaciones táctiles, visuales, auditivas o musculoesqueléticas³⁰.

Diagnóstico

El diagnóstico se establece a partir de los criterios del DSM-5 utilizados para adultos, que son los siguientes:

- Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas.
Las obsesiones se definen por:
 - Pensamientos, impulsos o imágenes mentales recurrentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusos o no deseados, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
 - La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por:

- Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas reglas que ha de aplicar de manera rígida.
- El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temido; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.
Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

- Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente en la rutina diaria, las relaciones laborales, la actividad académica o la vida social del individuo.

- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Debe especificarse el grado de introspección (reconocer que las creencias del TOC no son ciertas) y si existe historia reciente o pasada de trastorno de tics.

El subtipo PANDAS se diagnostica mediante otros criterios clínicos¹¹:

- Comienza en la infancia, preferentemente entre los 3 años y la pubertad.
- A lo largo de la evolución de la enfermedad el paciente sufre un TOC, un trastorno de tics o ambos.
- El inicio del cuadro clínico es agudo, puede precederse o no de sintomatología subclínica de tipo prodrómico, y sigue un curso clínico de exacerbaciones y mejoría, que se presentan de forma brusca y con carácter recurrente. El comienzo suele ser tan patente que no es difícil identificar el día o los días en que se produjo.
- El cuadro clínico se prolonga durante al menos 1 mes si no se trata, y el recrudecimiento de los síntomas es independiente de factores de estrés o de la concurrencia de otras enfermedades.
- Coincidiendo con la sintomatología obsesivo-compulsiva y con los tics, la exploración neurológica no es normal y son frecuentes los movimientos coreiformes u otro tipo de movimientos anómalos.
- Existe el antecedente de una infección del tipo faringitis, sinusitis o gripe, que se conoce a través de la historia clínica, un cultivo del exudado faríngeo o un análisis de sangre con determinación de la antiestreptolisina O (ASLO).

El diagnóstico de cualquier tipo de TOC es clínico, pero hay instrumentos que contribuyen a su evaluación y detección.

Las escalas de autoevaluación son útiles para la identificación de síntomas, pero no para el diagnóstico. Uno de los cuestionarios más empleados es el Leyton Obsessional Inventory, disponible en español. Se utiliza en niños mayores de 10 años y consta de 20 ítems agrupados en cuatro grupos: síntomas obsesivos, síntomas de suciedad y contaminación, síntomas relacionados con números y suertes, y síntomas concernientes a la escuela.

Existe un cuestionario de detección muy sencillo, el SOCS (Short Obsessive-Compulsive Disorder Screener), que sólo consta de 6 preguntas y tiene una sensibilidad del 97%. Las preguntas son:

- ¿Te lavas o limpias a menudo?
- ¿Compruebas las cosas a menudo?

- ¿Hay algún pensamiento que te preocupe y del que te gustaría librarte?
- ¿Haces a diario actividades que te lleven mucho tiempo finalizar?
- ¿Colocas las cosas en un orden especial o te preocupa el desorden?
- ¿Hacen estos problemas que lo pases mal?

Un cuestionario sugerente de patología obliga a una evaluación clínica meticulosa por parte de un especialista.

Un cuestionario diagnóstico muy utilizado es la Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Child Report and Parent Report), que se puede administrar a niños y padres.

Comorbilidad

El TOC se caracteriza por una elevada comorbilidad: hasta dos tercios de los pacientes sufren otro diagnóstico psiquiátrico. Las comorbilidades más habituales son la depresión y la ansiedad²⁰, sobre todo en la adolescencia. En los niños es más frecuente la comorbilidad con tics, TDAH o problemas de conducta.

Diagnóstico diferencial

El principal diagnóstico diferencial es con los rituales normales de la infancia, que aparecen en los niños de forma natural y que muchas veces forman parte de procesos de aprendizaje (los rituales para acostarse, por ejemplo) cuya finalidad es adquirir rutinas y hábitos saludables.

La principal diferencia con los rituales del TOC es que son lúdicos y su interrupción no genera ansiedad.

Otro diagnóstico que puede plantear dudas diagnósticas es el trastorno del espectro autista (TEA), ya que los niños con esta patología presentan conductas estereotipadas repetitivas. Estas conductas no tienen un objetivo; por ejemplo, aleteos con las manos, mecer el cuerpo o morderse. En los niños con TOC la interacción social, el contacto ocular y la reciprocidad social son normales. Si el TEA se acompaña de un TOC, puede ser muy difícil diferenciar unas conductas de otras.

Los tics también pueden plantear dudas diagnósticas con los rituales. En el caso de los tics, se trata de vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y sin ideación obsesiva subyacente. En el síndrome de Tourette pueden coexistir tics y rituales.

La psicosis no suele plantear dudas diagnósticas con el TOC, ya que en la exploración psicopatológica se detectan alucinaciones y síntomas delirantes. En la infancia un TOC grave con conductas disruptivas puede ser el preludeo de una psicosis; en

estos casos los antecedentes familiares suelen ser diferentes, con más carga genética de psicosis en la familia.

En la adolescencia los síntomas obsesivos pueden formar parte de lo que más tarde será una personalidad obsesiva, y en este caso los rituales son egosintónicos y se viven sin percepción de que sean irracionales.

Tratamiento

Existen dos tratamientos con eficacia científicamente demostrada en el TOC: la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los ISRS. La TCC tiene una duración relativamente breve; normalmente basta con entre 12 y 20 sesiones de periodicidad semanal. Se basa en la exposición y prevención de respuesta. Se anima al niño a afrontar gradualmente sus miedos y a evitar la realización del ritual. La repetición de estas prácticas va disminuyendo progresivamente el nivel de ansiedad que generan. Por ejemplo, se hace que el niño toque algún objeto que le genera miedo a contaminarse de alguna enfermedad y que lo lleva al impulso de lavarse las manos, y se le impide que lo haga.

La eficacia de la TCC en los niños se ha demostrado en estudios aleatorizados. Esta terapia se asocia a una reducción de los síntomas en un 40-65%, y es efectiva en niños a partir de los 3 años de edad. También se ha confirmado que la mejoría se mantiene a los 18 meses de seguimiento.

Existe consenso internacional en que la TCC debe ser la primera opción terapéutica en niños y adolescentes con TOC de grado leve o moderado.

En los casos graves o cuando no ha habido respuesta a la TCC, debe añadirse un ISRS. La fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina y el citalopram han demostrado eficacia y una disminución de los síntomas del 29-44%, con buena tolerancia y seguridad. No hay evidencia de que un ISRS concreto sea más eficaz que los demás.

Sólo un estudio (POTS) en niños ha comparado la eficacia de la TCC con los ISRS. En el POTS se observó que la sertralina y la TCC proporcionaban una reducción de los síntomas similares, pero que la asociación de ambos tratamientos mejoraba los resultados. Otros estudios posteriores han evidenciado que la TCC sola es más eficaz que la monoterapia con ISRS, por lo que se aconseja su asociación¹². También se ha visto que la eficacia de la TCC está ligada a su aplicación protocolizada y estandarizada.

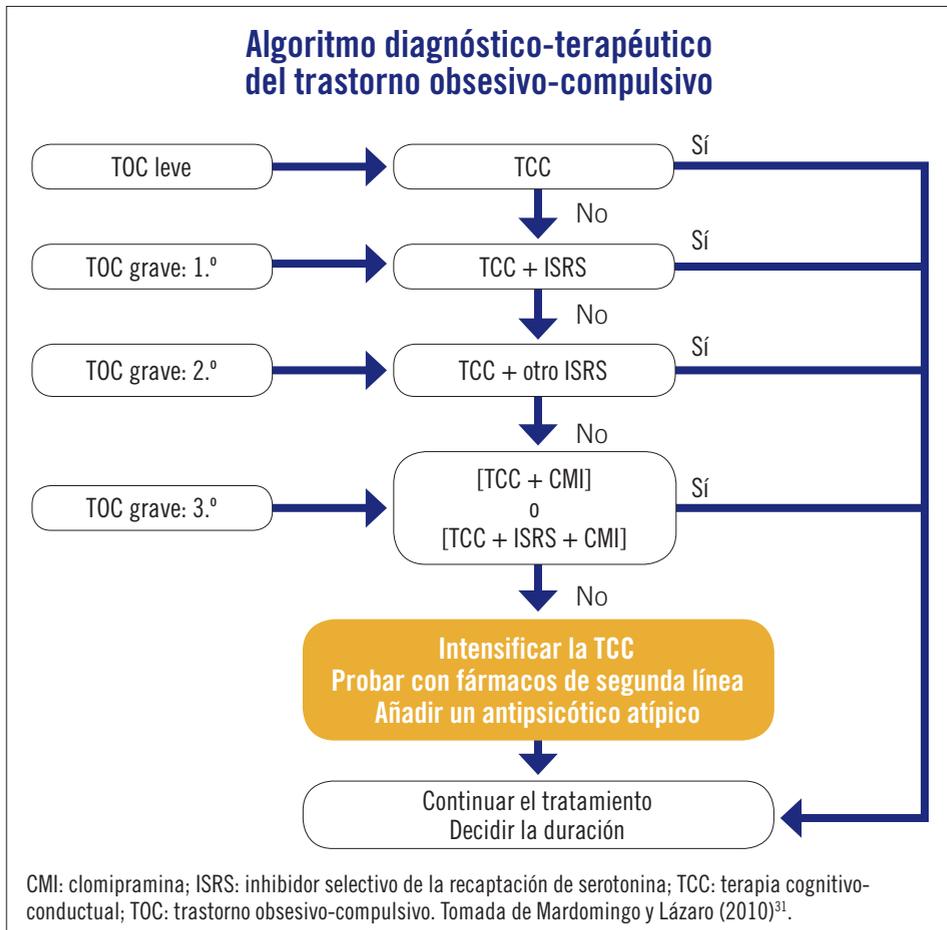
En la tabla 4 se detallan las dosis de los diversos ISRS.

Cuando no se produce respuesta al tratamiento ni con psicoterapia ni con ISRS, hablamos de resistencia. Lo primero que debe hacerse es investigar la posible presencia de comorbilidad como causa de esa resistencia. Hasta un 80% de los niños con

TOC tienen al menos otro diagnóstico psiquiátrico. La ansiedad o la depresión comórbidas no afectan a la respuesta a los tratamientos. Por el contrario, la existencia de un trastorno por tics empeora la respuesta a los ISRS, aunque no a la TCC.

Cuando se asocia al TOC un trastorno externalizante (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta), que empeora la respuesta tanto a la TCC como a los ISRS, estaría indicado combinar un programa de entrenamiento de padres. La comorbilidad con TEA ensombrece la respuesta al tratamiento y obliga a intervenciones específicas adaptadas a estos pacientes.

Cuando un niño no responde ni a la TCC ni al tratamiento durante al menos 12 semanas con un ISRS en dosis adecuadas, está indicado cambiar a otro ISRS e inclu-



so a un tercero. Si aun así sigue sin haber mejoría, la siguiente opción es la clomipramina, a pesar de tener más efectos secundarios.

Algunos trabajos sugieren que la asociación a los antidepresivos de dosis bajas de antagonistas dopaminérgicos (risperidona) puede resultar útil. En otros estudios parece ser más eficaz intensificar la TCC.

Hay que señalar que en el tratamiento del TOC en la infancia no puede obviarse la importancia de la familia, por la implicación de los padres en los rituales del niño, la adaptación de la familia a la enfermedad y a las exigencias del niño, y porque la conflictividad familiar puede ser causa de una mala evolución. Por todas estas razones, puede estar indicada la terapia de familia.

Prevención

Como ya se ha comentado, el TOC en la infancia suele permanecer oculto, y muchas veces se diagnostica cuando lleva años de evolución. La detección precoz es importante para no demorar el tratamiento. Puesto que existe un componente hereditario, cuando alguno de los padres tiene clínica obsesiva sería recomendable realizar una evaluación de los hijos si presentan rituales, para valorar si éstos son patológicos.

Dada la asociación frecuente entre el TOC y los tics, habría que buscar activamente síntomas obsesivos en los niños con trastorno por tics. Asimismo, los niños muy lentos en sus tareas escolares, con necesidad de hacer comprobaciones y repasos exagerados, obsesionados con el orden o la limpieza, que pasan mucho tiempo en el baño o que plantean insistentemente la misma pregunta, también deberían ser objeto de una evaluación minuciosa.

La eficacia demostrada de la TCC obliga a su aplicación desde el inicio de la clínica. Sin embargo, muchas veces no puede realizarse por no haber especialistas entrenados en su práctica o, en caso de haberlos, por no disponer del tiempo suficiente debido a la sobrecarga asistencial. Los médicos que trabajamos con niños debemos tener conocimientos sobre esta terapia para poder asesorar a las familias sobre cuál es el mejor tratamiento que deben recibir sus hijos, a fin de prevenir una mala evolución.

Bibliografía

1. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Prospective-longitudinal study based of data of the Great Smoky Mountains Study; examined (overall and specific) anxiety disorder prevalence curves from childhood to adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2014; 53(1): 21-33.
2. Essau CA, Lewinsohn PM, Olaya B, Seeley JR. Prospectively investigated associations of anxiety disorders in adolescents with mental disorders in adulthood and psychosocial functioning at age 30. *J Affect Disord.* 2014; 163: 125-132.

3. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012; 21(3): 169-184.
4. Soutullo C. Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente, 2.ª ed. Madrid: Médica Panamericana, 2017.
5. Blackford JU, Pine DS. Neural substrates of childhood anxiety disorders: a review of neuroimaging findings. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2012; 21(3): 501-525.
6. Strawn JR, Dominick KC, Patino LR, Doyle CD, Picard LS, Phan KL. Neurobiology of pediatric anxiety disorders. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2014; 1(3): 154-160.
7. Mardomingo MJ, González Garrido S. Escala de acontecimientos vitales para adolescentes. *Rev Psiquiatr Infant Juv.* 1990; 2: 123-125.
8. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición (DSM-5). Médica Panamericana, 2014 (edición original en inglés 2013).
9. Leichsering F, Leweke F. Social anxiety disorder. *N Engl J Med.* 2017; 376(23): 2.255-2.264.
10. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17(7): 591.
11. Ochando Perales G, Peris Cancio SP. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral.* 2017; XXI(1): 39-45.
12. Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakolsky DJ, Sherrill JT, Shen S, et al. Child/adolescent anxiety multimodal study: evaluating safety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015; 54(3): 180-190.
13. Velting ON, Setzer NJ, Albano AM. Update and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Prof Psychol Res Pr.* 2004; 35(1): 42-54.
14. Burke CA. Mindfulness-based approaches with children and adolescents: a preliminary review of current research in an emergent field. *J Child Fam Stud.* 2010; 19(2): 133-144.
15. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry.* 2009; 9: 22.
16. Liehr P, Díaz N. A pilot study examining the effect of mindfulness on depression and anxiety for minority children. *Arch Psychiatr Nurs.* 2010; 24(1): 69-71.
17. Reinblatt SP, Riddle MA. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology (Berl).* 2007; 191(1): 67-86.
18. Mardomingo MJ. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos, 2015.
19. Soutullo C, Mardomingo MJ, coords. Manual de psiquiatría del niño y adolescente. AEPNYA. Madrid: Médica Panamericana, 2010.
20. Rintala H, Chudal R, Leppamaki S, Leivonen S, Hinkka-Yli-Salomäki S, Sourander A. Register-based study of the incidence, comorbidities and demographics of obsessive-compulsive disorder in specialist healthcare. *BMC Psychiatry.* 2017; 17(1): 64.
21. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, et al. Is juvenile-obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998; 37(4): 420-427.
22. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. Obsessive-compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988; 27(6): 764-771.
23. Micali N, Heyman I, Pérez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry.* 2010; 197(2): 128-134.
24. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet.* 2005; 8(5): 450-458.

25. Eley TC, Bolton D, O'Connor TG, Perrin S, Smith P, Plomin R. A twin study of anxiety-related behaviors in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003; 44(7): 945-960.
26. Stewart SE, Yu D, Scharf JM, Neale BM, Fagerness JA, Mathews CA, et al. Genome-wide association study of obsessive compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2013; 18(7): 788-798.
27. Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, Suckling J, Fineberg NA, Del Campo N, et al. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science*. 2008; 321(5.887): 421-422.
28. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014; 15(6): 410-424.
29. Sweedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) subgroup: separating fact from fiction. *Pediatrics*. 2004; 113(4): 907-911.
30. Ost LG, Rise EN, Wergeland GJ, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2016, 43: 58-69.
31. Mardomingo M, Lázaro L. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Soutullo C, Mardomingo M, coords. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. AEPNYA. Madrid: Médica Panamericana, 2010; 111-127.