



Viernes 14 de octubre de 2005

Seminario:

**“Ansiedad en niños
y adolescentes; causas
y tratamiento”**

Moderadora:

Mar Duelo Marcos

Pediatra, CS El Naranjo, Fuenlabrada, Madrid

■ **Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia**

Ana María Ruiz Sancho

Psiquiatra, Unidad de Adolescentes, Departamento de Psiquiatría

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Begoña Lago Pita

Psicóloga, Hospital de Día Montreal, Madrid

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.

Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia

Ana María Ruiz Sancho

*Psiquiatra, Unidad de Adolescentes, Departamento de Psiquiatría,
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

anilirs@telefonica.net

Begoña Lago Pita

Psicóloga, Hospital de Día Montreal, Madrid.

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad (TA) son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo. Su identificación puede ser difícil pues, en ocasiones, son expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se consideran reacciones normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad. Los TA incluyen trastornos de inicio específico en la infancia y adolescencia (ej. el trastorno de separación) y otros cuya expresión sindrómica es semejante a los TA del adulto (ej. trastorno de pánico). Las manifestaciones de los TA son polimorfas y desconcertantes en ocasiones (quejas físicas variadas, rechazo a ir al colegio, comportamientos de apego excesivo a los padres o a los principales cuidadores, resistencia a ir a dormir, hiperactividad y oposiciónismo, etc.). La consulta del pediatra es el lugar idóneo para establecer un diagnóstico de presunción y proceder a la indagación y posterior confirmación de aquél. El pediatra debe estar familiarizado con el diagnóstico, las herramientas básicas de tratamiento y los procedimientos de derivación a salud mental. Las principales modalidades de tratamiento en la práctica clínica son la terapia cognitivo-comportamental (TCC), las intervenciones informativas para familiares y el tratamiento farmacológico. Aunque se han producido importantes avances en el desarrollo y aplicación de tratamientos para los TA, aún existe un número limitado de estudios que prueben la eficacia de los mismos.

INTRODUCCIÓN

Todos los seres vivos estamos dotados de un sistema biológico que nos permite experimentar ansiedad o temor. La emoción del miedo puede funcionar como señal de alarma y como barrera contenedora para impedir que el niño se aventure en situaciones para las que todavía no ha desarrollado las habilidades necesarias. Sentimientos tales como el miedo, la ansiedad, la tristeza ocurren de forma normal en algún momento del desarrollo. Las causas de las mismas, la forma en que se manifiestan y sus funciones adaptativas cambian conforme el niño crece y pasa de la infancia a la adolescencia. En su forma mórbida o patológica constituye, en muchos casos, una forma extrema de presentación de los miedos o vivencias normales en la infancia y, por tanto, la forma en la que se presentan los trastornos de ansiedad o afectivos están determinados por el momento del desarrollo en el que aparecen.

Aunque en esta revisión hemos elegido separar los trastornos de ansiedad de los afectivos, hemos de tener en cuenta que en la infancia y adolescencia ambos tipos de trastornos se solapan con frecuencia. De hecho, muchos libros de texto incluyen estos trastornos bajo la denominación más genérica de trastornos emocionales, lo que es una constatación del hecho clínico al que nos referimos.

En la Tabla I aparecen de forma resumida una relación de los temores del desarrollo¹ según el momento evolutivo, acompañados de los trastornos de ansiedad más frecuentes en el mismo período. Por temores del desarrollo nos referimos a miedos normales, presentes como expresión del funcionamiento de los sistemas de alarma dirigidos a asegurar la adaptación y supervivencia. Ya Freud² en su libro *Inhibición, síntoma y angustia* en 1926, se refirió a estos fenómenos tempranos y los consideró como reacciones normales ante peligros reales dejando bien claro que no obedecen a conflictos internos, es decir, no son expresión de una neurosis u otra patología.

La ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. La persona que tiene ansiedad teme volverse loca, morirse o realizar un acto incontrolable. Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietud psicomotriz, piloerección, taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, tensión, etc.). Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.

Tabla I. Los temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente. Según momento evolutivo

	Miedos y temores propios de la etapa evolutiva	Trastornos de ansiedad prototípicos
Infantes (hasta 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos discrepantes • Ansiedad ante el extraño • Ansiedad de separación • Otros (oscuridad, seres extraños...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad generalizada
Niños (5-12 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos misteriosos • Daños corporales • Adecuación (rechazo parental) y rendimientos • Relación con iguales 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad de separación • Trastorno de ansiedad generalizada • Fobias específicas
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación social • Hipocondriasis • Miedo a la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia social • Trastornos propios del adulto

Ya hemos mencionado que distinguir entre normal y patológico es particularmente complicado en el caso de los trastornos de ansiedad debido a que ésta tiene funciones adaptativas. En el caso de los niños, una regla de oro que nos ayuda a determinar el dintel diagnóstico entre la normalidad y la patología es la capacidad del niño para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de ésta cuando la situación que la ha provocado ha desaparecido, lo que se denomina flexibilidad en la adaptación afectiva³ (Figura 1).

La respuesta ante una situación percibida como amenazante para la supervivencia está condicionada por factores individuales. El llanto, la evitación, la huida, la confrontación de la situación temida, los problemas físicos, el aislamiento social, etc., todas ellas vienen determinadas por diferencias interindividuales.

Las manifestaciones de ansiedad serán diferentes según la etapa del desarrollo. En los niños más pequeños se presenta a menudo como actividad excesiva, comportamientos estridentes y de llamada de atención, dificultades a la separación o en el momento de ir a dormir. La ansiedad manifestada comportamentalmente puede conducir a diagnósticos inadecuados de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), trastorno desafiante y opionista u otros problemas de conducta. Los chicos mayores o los adolescentes que son más capaces de describir sus vivencias subjetivas pueden denominarlas usando diferentes vocablos como miedo, nerviosismo, tensión, rabia; también pueden presentar comportamientos disruptivos o antisociales⁴.

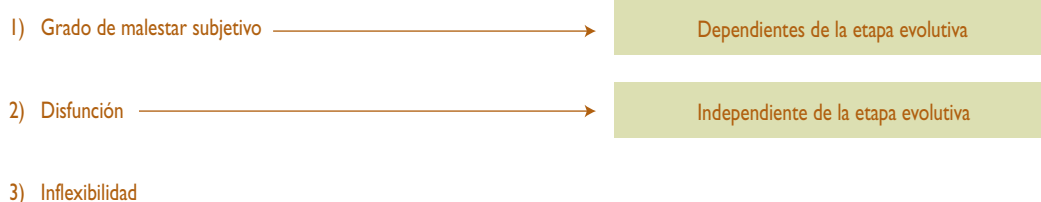
También el ambiente influye en las respuestas de ansiedad. Si el ambiente es comprensivo y es capaz de emplear estrategias que ayuden al niño, éste se verá beneficiado. Los ambientes que minimizan y culpan al niño del problema, o que le obligan a enfrentarse a la situación cuando él no tiene recursos personales para manejarla, estarán provocando un rechazo del niño a compartir sus problemas y a pedir ayuda y, por tanto, comprometerán su desarrollo. En personas que no padecen un trastorno de ansiedad, la exposición repetida a un estímulo potencialmente amenazante reduce su ansiedad. Sin embargo, en los sujetos con un trastorno de ansiedad, la exposición obligada, sin un apoyo terapéutico, puede resultar altamente perjudicial.

CLASIFICACIONES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia aún no tiene un carácter definitivo. Las dos clasificaciones internacionales al uso, ICD-10 (*International Classification of Diseases*)⁵ y DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Classification of Diseases*)⁶, reseñan que existen algunos trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y en la adolescencia por 4 razones básicas⁷:

- I. La mayoría de los niños que sufren trastornos de ansiedad son sujetos normales en la vida adulta y sólo una minoría terminará padeciendo algún trastorno.

Figura 1. Características clínicas de la ansiedad patológica



2. Muchos trastornos emocionales pueden considerarse exageraciones de las respuestas normales del niño.
3. Los mecanismos etiopatogénicos pudieran ser diferentes.
4. Los trastornos emocionales de los niños se diferencian con menos claridad que los del adulto en entidades específicas.

La CIE-10 considera que los trastornos emocionales de inicio en infancia y adolescencia son: ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad con los hermanos. La DSM-IV incluye en este grupo sólo el trastorno por ansiedad de separación y el trastorno reactivo de la vinculación. El resto de trastornos de ansiedad se delimitan según un diagnóstico sindrómico que es el mismo en los niños y adolescentes que en los adultos. Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de pánico, las fobias, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), las reacciones a estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático (TEP) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG); éste último conocido previamente como trastorno por ansiedad excesiva. Aparte quedan los síndromes de ansiedad secundarios a una condición médica o al uso de sustancias.

En este artículo nos limitaremos a presentar de forma resumida los trastornos de ansiedad que consideramos más relevantes en la clínica, bien por su frecuencia o por su especificidad. El TOC y el TEP se consideran como entidades independientes que suelen merecer consideración aparte en la mayoría de las revisiones y libros de texto. De hecho, en la CIE-10 aparecen de forma independiente.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad cuentan con serias dificultades metodológicas⁷. La primera y principal es la dificultad existente para delimitar y definir lo que se está estudiando (ej.

¿qué es un caso?, ¿dónde está la normalidad y dónde la patología?) Esto se ve complicado porque los diagnósticos dependen de la información proveniente de fuentes dispares (niños *versus* padres *versus* profesores). Además, los resultados varían en función del diseño de los estudios epidemiológicos, que son variados también en cuanto a la calidad metodológica. En líneas generales las tasas de prevalencia oscilan entre el 9-21%. Los resultados de algunos estudios indican que no todos los niños que presentan algún trastorno de ansiedad se encuentran severamente limitados en su funcionamiento diario¹.

ETIOPATOGENIA

Como otros trastornos psiquiátricos, los trastornos de ansiedad son explicados aplicando el modelo causal de vulnerabilidad-estrés. Según éste, el individuo podría presentar una serie de factores predisponentes o de riesgo para el padecimiento de los trastornos de ansiedad que serían desencadenados por otros (factores desencadenantes). A continuación, resumiremos algunos de estos factores; no obstante, conviene clarificar que los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento no confirman ninguno de ellos. El hallazgo más replicado por todos los estudios es que los trastornos de ansiedad son más prevalentes en las chicas por tanto, el sexo parece un factor interviniente aunque no existe ninguna teoría psicopatológica que explique esta diferencia de forma convincente. Tampoco conocemos los caminos por los que los factores de riesgo o predisponentes confluirían y terminarían o no produciendo los trastornos de ansiedad; además, los estudios necesitarían incluir la perspectiva del desarrollo porque no todos los factores de riesgo o situaciones traumáticas tienen un mismo efecto patogénico según el momento del desarrollo en el que tienen lugar:

- Factores genéticos y constitucionales. Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza. Puede afirmarse que los fac-

tores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos (trastorno de pánico), estando otros, como la ansiedad generalizada o la de separación, más condicionados por factores ambientales⁷.

- **Temperamento:** los niños que son inhibidos comportamentalmente, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente⁸.
- **Estilos parentales:** la sobre-protección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los chicos a través de mecanismos identificatorios básicos¹.
- **Acontecimientos vitales estresantes:** algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (la experiencia de una tormenta). Además, la elaboración cognitiva (explicación) que de una experiencia atemorizante haga el niño influirá en que éste pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro¹.
- **Los ambientes sociales desfavorables** (grandes adversidades, económicas o condiciones de vida, etc.) generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad¹.

SÍNDROMES CLÍNICOS

Trastorno de ansiedad de separación

Consiste en una ansiedad excesiva cuando el niño tiene que separarse de sus padres o de las figuras vinculares principales. Se diagnostica cuando la ansiedad es muy intensa o no es apropiada para la etapa del desarrollo.

La ansiedad de separación es un fenómeno normal a partir de los 4-5 meses. A partir de los tres años los niños tienen la capacidad de percibir que separarse no es para siempre ya que pueden tener una representación mental de la madre durante su ausencia. En condiciones normales las manifestaciones normales de ansiedad de separación van disminuyendo entre los 3-5 años.

Los sistemas clasificatorios coinciden en cuáles son los síntomas que caracterizan este trastorno:

- Preocupación o malestar excesivos al separarse de su hogar o de las figuras vinculares principales.
- Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo, miedo a que ocurra algo que pueda resultar en una separación (miedo a ser secuestrado o a extraviarse).
- Resistencia a ir a la escuela o a cualquier otro sitio (no poder dormir alejado de sus padres o fuera de su casa).
- Resistencia a estar solo.
- Tener pesadillas repetidas con contenidos de raptos, accidentes, pérdidas.

Las preocupaciones excesivas dan lugar a un típico modelo de relación inadaptado cuya expresión puede variar con la edad (en los niños pequeños tiene un carácter más vago e inespecífico) y que implica: síntomas somáticos en forma de dolores abdominales, vómitos,

cefaleas, náuseas, palpitaciones, temblor, vértigos, lipotimias, síntomas conductuales en forma de evitación de las situaciones temidas y búsqueda de proximidad, cogniciones anormales en forma de temores exagerados a que puedan ocurrir catástrofes⁹.

Son niños pegajosos en el contacto que suelen seguir a las figuras vinculares principales en todo momento. Sus miedos tienen repercusión funcional en forma de bajo rendimiento académico y menor implicación en actividades extraescolares que los niños normales.

Es un trastorno que suele iniciarse antes de los 6 años, tiende a disminuir a partir de los 12 y se descarta que exista después de los 18 años. Afecta a un 3-5% de los niños y a un 2-4% de los adolescentes.

Suele asociarse a otros trastornos de ansiedad como la ansiedad excesiva o generalizada o las fobias específicas. Algunos de estos niños son más temerosos a situaciones vitales variadas a pesar de que estos temores no constituyen entidades diagnósticas específicas.

La evolución del trastorno es variable y depende de la edad de comienzo y la presencia o ausencia de otros factores asociados. Suele tener un curso con exacerbaciones en situaciones de presión o transición. Hay un grupo de niños en los que el trastorno tuvo un inicio más precoz que termina remitiendo sin secuela. No obstante, la evolución del trastorno puede derivar en otros trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión pre-puberal. De hecho, es el trastorno de ansiedad más frecuentemente asociado con este trastorno¹. También puede derivar en desarrollos anómalos de la personalidad¹⁰; una gran cantidad de pacientes adultos con trastorno límite de la personalidad, uno de los trastornos de personalidad más relevante en la clínica, manifiestan haber tenido síntomas de ansiedad de separación desde su más tierna infancia.

Se consideran factores de peor pronóstico el inicio más tardío, la existencia de psicopatología en la familia, cuando el niño presenta un absentismo escolar de más de un año y cuando el trastorno se asocia a otros trastornos psiquiátricos.

Trastorno por hipersensibilidad social en infancia

El síntoma predominante es la tendencia del niño a evitar el contacto con personas desconocidas, lo que interfiere en su vida social. La anomalía debe presentarse al menos durante 6 meses para realizar el diagnóstico⁹.

La necesidad de eludir el contacto con desconocidos se acompaña del deseo de tener relaciones personales con los familiares y amigos, relaciones que suelen ser entrañables y cariñosas. La ansiedad del niño hace que se muestre tímido y aturdido frente a personas poco conocidas siendo incluso incapaz de hablar o saludar. Típicamente, el niño se siente muy angustiado cuando los familiares le presionan para que tenga dichos contactos.

Es un trastorno que suele comenzar a partir de los dos años y medio, cuando desaparece la ansiedad ante el extraño. Lo más frecuente es que aparezca al inicio de la escolarización. Los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje pueden predisponer al padecimiento del trastorno¹¹.

Trastorno de ansiedad fóbica

La CIE-10 ha conservado el trastorno de ansiedad fóbica como un diagnóstico específico de la infancia. Para llegar a este diagnóstico los niños deben manifestar miedo persistente o recurrente, evolutivamente en un fase apropiada, pero en un grado anormal y asociado a deterioro funcional significativo que debe estar presente más de cuatro semanas⁹.

Es normal en niños que éstos presenten temores relacionados con el sueño y el ir a dormir. Los niños pueden manifestarse reticentes a ir a su habitación solos o a permanecer en cama. Cuando están en cama pueden experimentar miedo a ser abandonados, miedo a ladrones, etc. Son frecuentes la aparición de ilusiones perceptivas (errores de reconocimiento de un estímulo real)¹², por ejemplo, el movimiento de una cortina es interpretado como un ladrón o un atracador. Dependiendo de la reacción de los padres, estos miedos se

perpetuarán si se establece una ganancia secundaria. Los miedos y los comportamientos manipulativos están estrechamente relacionados.

Hablamos de fobias cuando los miedos irracionales ante determinadas situaciones y objetos se acompañan de una evitación del estímulo fóbigeno y además interfiere con el normal funcionamiento diario. La confrontación con estos objetos o situaciones produce una gran ansiedad y la evitación ya mencionada. Esta ansiedad es indistinguible de la que aparece en otros trastornos. Aparte de la fobia escolar, las fobias específicas son relativamente raras. Ejemplos de estímulos fóbigenos incluyen: animales, alturas, rayos, oscuridad, volar, dentista, espacios cerrados (claustrofobia). Las fobias a la sangre, daño corporal, insectos y a la oscuridad suelen aparecer antes de los 7 años.

Al hacer el diagnóstico hay que tener en cuenta que, a diferencia de los adultos o adolescentes, los niños no suelen pensar que esos miedos son irracionales. En muchos casos, las fobias específicas pasan desapercibidas durante la infancia y terminan siendo diagnosticadas en el adulto de forma retrospectiva.

Los valores de prevalencia en la niñez y adolescencia se estiman en alrededor de un 2%.

Para el tratamiento suelen emplearse métodos conductuales como la desensibilización en vivo. Según ésta se anima al niño a producir una lista jerárquicamente organizada de situaciones temidas y se procede a la exposición progresiva, primero con situaciones menos ansiógenas, para ir subiendo hacia las que producen más ansiedad. Los métodos operantes pueden ser empleados para reforzar y premiar los esfuerzos para mantener las adquisiciones realizadas por el niño. A la vez se puede animar al niño a practicar la relajación con maniobras de exposición imaginada.

Trastorno de evitación escolar: fobia escolar

Consiste en un temor irracional a la escuela que produce un absentismo a clase total o parcial.

La falta de asistencia a la escuela puede ser un motivo suficiente para remitir a un niño a salud mental; muchos de estos niños pueden tener síntomas ansiosos. Pero la fobia escolar, como tal, no es trastorno muy común. Las cifras de prevalencia son, como en otros trastornos de ansiedad, muy variables. Algunas de éstas afirman que se presentan en alrededor de un 1% de la población comunitaria, aunque pueden ser más frecuentes formas más leves de cierta resistencia ansiosa a acudir al colegio que no se traduce en pérdidas de colegio.

Generalmente, la instauración del problema es gradual, agravándose las dificultades a lo largo de semanas y meses. Los signos y síntomas generalmente se incrementan desde que el niño se despierta por la mañana.

Afecta sobre todo a niños entre 11 y 14 años, pero puede observarse entre 5-15 años de edad. Es frecuente que aparezcan picos en momentos de transición escolar primaria-secundaria. Afecta a niños y niñas por igual.

El niño puede expresar de forma directa el miedo, pero lo más frecuente es que no vaya al colegio por otros motivos: síntomas físicos que parezcan una enfermedad que les haga imposible levantarse por la mañana (dolor abdominal, de cabeza, náuseas, dolores en las piernas, palpitaciones, etc.). Cuando se investiga es frecuente que estos síntomas no aparezcan los fines de semana o en períodos vacacionales. El niño puede ser capaz de salir por las tardes a jugar con los niños. En ocasiones, el inicio de los síntomas puede tener lugar después del padecimiento de una enfermedad aguda o cualquier otro motivo que requiera un período de ausencia del colegio, también puede ocurrir después de un cambio de colegio. El inicio agudo es más frecuente en niños más pequeños.

La intensidad es variable, puede tener una instauración aguda o insidiosa mezclándose con otros síntomas físicos o afectivos. En algunos casos, los menos, puede ser tan grave que puede incluso hacerse necesario el ingreso para desactivar la situación.

Cuando se realiza la historia clínica encontramos que la mayoría de los niños son chicos "buenos", callados, que no han presentado ningún problema en el colegio ni con los deberes. Algunos de ellos pueden haber tenido dificultades escolares. Es bastante frecuente que la madre de estos niños sea una mujer más bien ansiosa o quizás deprimida que durante años ha podido tener una relación muy cercana con el niño en cuestión. En alguna ocasión, el niño puede tener un lugar especial en la familia o ser "el elegido o mimado". Por ejemplo, puede tratarse del benjamín de la familia, o puede haber otro antecedente tal como un nacimiento muy prematuro. El padre puede estar ausente o bien ser una persona pasiva que tiene dificultades para "estar presente" o desempeña un rol secundario en la crianza.

En el examen psiquiátrico, muchos de los niños reúnen los criterios para uno o más de los trastornos de ansiedad, siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad de separación. De hecho, la clasificación americana no reconoce el trastorno de evitación escolar como una entidad independiente, sino que se considera expresión del trastorno de ansiedad de separación. Sin embargo, existen casos de fobia escolar sin que exista el precedente de ansiedad de separación y aparece como un temor específico a acudir al colegio. Cuando se investiga, puede encontrarse que existen factores en la escuela que pudieran hacerla más estresante para el niño, tal como un profesor muy duro o rígido o acoso por parte de iguales. En ocasiones el sistema escolar puede ser muy laxo a la hora de registrar las ausencias o puede que existan preocupaciones excesivas relativas a enfermedades somáticas mínimas entre el profesorado.

En la valoración y manejo de este problema, hay que tener en cuenta que al comienzo puede simular cualquier enfermedad (úlceras, migrañas, gastroenteritis, infecciones virales crónicas). Debe primeramente descartarse la presencia de una enfermedad física, aunque en ocasiones ésta puede coexistir con la fobia escolar.

Una vez establecida la naturaleza del problema, conviene reunirse con toda la familia, incluyendo al padre, e

investigar la forma en que se ha instaurado el trastorno. Conviene indagar y hacer explícita la naturaleza exclusiva de la relación entre el niño y la madre y cualquier dificultad que se detecte en la capacidad del padre para hacer valer su rol en la familia. También conviene examinar la hostilidad más o menos encubierta que puedan sentir madre-hijo por la excesiva dependencia mutua. Conviene también establecer un contacto con los tutores o profesores para informar de la situación.

Trastorno de rivalidad entre hermanos

Se diagnostica cuando existe un grado importante de perturbación emocional que aparece cuando nace un hermanito. Generalmente consiste en la aparición, en los seis meses después del nacimiento del hermano, de sentimientos negativos anormalmente intensos hacia éste expresados en forma de rabietas, agresiones al hermano, comportamientos negativistas o de llamada de atención a uno o a los dos padres. A veces, los padres con sus respuestas intervienen en la perpetuación y cronificación del problema.

Síndromes de relaciones sociales⁹

La CIE-10 incluye una categoría para los trastornos de funcionamiento social con inicio específico en la infancia. Esta categoría está formada por un grupo heterogéneo de trastornos que como común denominador tienen el funcionamiento anómalo en el ámbito de las relaciones sociales. Incluyen trastornos como el mutismo selectivo y los trastornos reactivo y desinhibido de la vinculación en la infancia. La DSM-IV no reconoce estas categorías aunque sí considera que existen modelos de interacciones sociales anómalos en la infancia que requieren atención clínica.

Fobia social

Se presenta cuando el adolescente tiene una ansiedad excesiva relativa a la posibilidad de que pudiera hacer algo o actuar de una forma que pudiera resultar humillante o vergonzante. Incluye el temor a hablar, comer o escribir en público, ir a fiestas públicas o hablar a figu-

ras de autoridad. Cuando ha de confrontar tales situaciones, el adolescente experimentará síntomas intensos de ansiedad.

Los chicos pueden intentar enfrentarse a estos temores usando estrategias positivas (estrategias cognitivas: convencerse de que no pasa nada...) o negativas (evitando las situaciones). Puede ocurrir que la situación clínica se vea agravada por un sentimiento de vergüenza por los síntomas. Suelen ser chicos que piensan que los demás los valoran negativamente, juzgándolos de raros, escasamente atractivos o estúpidos.

Los estudios epidemiológicos estiman una frecuencia de presentación en poblaciones comunitarias de un 1%. No obstante, se piensa que las cifras reales son mucho más elevadas, pues la fobia social es un trastorno que por su propia naturaleza tiende a pasar desapercibido y diagnosticarse muchos años después de que aparecieran los primeros síntomas.

Típicamente comienza en la adolescencia, aunque se ha diagnosticado en niños de hasta 8 años. Suele iniciarse de forma gradual y es frecuente que vaya precedida de una historia previa de timidez o inhibición social. Las manifestaciones clínicas pueden variar entre niños más pequeños y los adolescentes. En los casos de niños más pequeños pudiera ser difícil de diferenciar de otros trastornos de ansiedad (rabieta, se “cuelgan de los padres”).

El pronóstico de la fobia social es reservado, es decir, la mayoría de los investigadores coinciden en que una vez que se ha adquirido, dura toda la vida si no se trata adecuadamente. La fobia social está cargada de consecuencias funcionales de gran trascendencia a corto, medio y largo plazo: abandono de estudios, inhibición en el funcionamiento social, desarrollo de abuso y dependencia de drogas, etc.

El tipo de tratamientos de fobia social que hasta ahora se ha demostrado efectivo es el tratamiento cognitivo-conductual. Generalmente incluyen técnicas de reestructuración cognitiva (dirigida a la disminución y eli-

minación del temor a la evaluación negativa), habilidades sociales, técnicas para el control de la ansiedad (relajación, respiración controlada y la distracción) y exposición situacional (simulada, en vivo o en imaginación). De todas las técnicas que se emplean, se considera que ésta última, la exposición es la más útil. En el caso de fobia social, se puede utilizar el ensayo anticipado de la situación.

Trastorno de ansiedad generalizada

Se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas y descontroladas que se presentan la mayor parte de los días y durante al menos varias semanas seguidas.

Las preocupaciones patológicas se acompañan de varios síntomas expresión de la hiperactivación simpática (taquicardia, taquipnea, sudoración, sequedad de boca, etc.) En los niños, el espectro de síntomas es a menudo más limitado que en adultos. En ellos, son frecuentes la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas vagas e inespecíficas recurrentes. Un síntoma característico es la llamada ansiedad flotante, que es una ansiedad que es generalizada y persistente y no está restringida a una situación particular. Las preocupaciones son múltiples y variables; son niños “preocupones” que sufren constantemente de temores poco realistas referidos a su competencia, desempeños pasados o por el futuro. También se preocupan mucho por la puntualidad; posibles eventos futuros o las situaciones novedosas son también fuente de preocupación potencial para estos críos.

A veces es un problema distinguirlo de la depresión pues se asocian o solapan frecuentemente.

Aunque en la infancia no existen diferencias genéricas, en la adolescencia parece ser un trastorno más prevalente entre chicas. Se recomienda cuidado a la hora de diagnosticar el trastorno en niños menores de 7 u 8 años de edad, pues a esa edad ocurren cambios cognitivos que pueden condicionar la aparición de preocupaciones y temores.

Aunque la medicación puede producir cierto alivio, especialmente en aquellos casos más graves, las principales modalidades de tratamiento son psicosociales/psicoterapéuticas.

Los objetivos del tratamiento deben incluir la reducción del estrés innecesario, la educación de la familia y del niño y la mejora de los mecanismos naturales de afrontamiento de ambos. La reducción de situaciones estresantes puede ser complicada cuando el niño tiene miedo a circunstancias ordinarias o necesarias de la vida diaria que son imposibles de retirar. Pero supongamos un niño que tiene una enfermedad física, en muchas ocasiones puede estar temeroso como consecuencia de la visión escasamente realista que pudiera tener de la evolución de su enfermedad. Una sencilla intervención informativa dirigida a que los niños comprendan mejor puede ser suficiente para eliminar una fuente de tensión para el menor que puede derivar con el tiempo en un trastorno más grave.

Trastorno de pánico

Es un trastorno psiquiátrico común cuya principal manifestación consiste en crisis de angustia recurrentes e inesperadas. Por crisis de angustia entendemos aquellos episodios de miedo intenso o malestar que tienen un inicio brusco, alcanzan un pico de intensidad en 10 minutos, y se acompañan de al menos 4 de 13 síntomas somáticos o cognitivos entre los que se encuentran palpitaciones, temblor, temor a morir o perder el control, etcétera.

Hasta hace poco, se debatía la existencia o no de este trastorno en niños en la adolescencia. Cada vez se reconocen más, existiendo estudios que indican que un 16% de los jóvenes entre 12 y 17 años podrían haber sufrido alguna crisis de angustia. Habría también un predominio en mujeres.

En adolescentes las crisis de pánico pueden estar desencadenadas por separaciones o situaciones de miedo tales como caminar solos, por la noche. También pueden ocurrir inesperadamente sin aparente causa. Al principio,

las crisis no se acompañan de conductas evitativas, es algo más tarde en la evolución natural de las mismas.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Frecuentemente, los trastornos de ansiedad suelen presentarse en la consulta del pediatra en forma de quejas somáticas de índole neurológico, cardiovascular o gastrointestinal. Identificar y delimitar estos trastornos puede llegar a ser una tarea ardua y difícil pues los niños suelen experimentar solamente el componente físico de la ansiedad. De hecho, los niños raramente describen su malestar como ansiedad directamente. Cuanto más pequeño es el niño, más limitada es su capacidad para simbolizar sus estados subjetivos y expresarlos verbalmente. Es muy importante que los pediatras tengan siempre presente la ansiedad como el motivo subyacente de las quejas físicas de los pequeños en Atención Primaria (AP); esto puede ayudar a evitar derivaciones a veces innecesarias, mal dirigidas y muy costosas. Al mismo tiempo, es preciso descartar las causas físicas, medicaciones o la posible ingesta de drogas de abuso que podrían ser responsables de los síntomas por los que se consulta (Tabla II).

Hoy por hoy, el diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico pues, aunque se han desarrollado instrumentos de medida en forma de escalas y entrevistas diagnósticas, que podrían apoyar al clínico en su trabajo diario, éstas tienen poco valor en la práctica. Las escalas autoaplicadas y entrevistas no diferencian entre los diversos trastornos de ansiedad y entre síntomas de ansiedad y depresión. Pueden tener utilidad a la hora de valorar los cambios que ha producido un tratamiento en un paciente dado⁹.

Uno de los problemas más importantes con el que nos enfrentamos al hacer un diagnóstico es el de la co-ocurrencia. Se sabe que la tasa de co-ocurrencia de varios trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es alta. Ésta es mayor especialmente en el caso de los niños con TAG, quienes pueden presentar algún otro trastorno de ansiedad simultáneamente hasta en el 90% de los casos.

Tabla II. Enfermedades médicas u otras condiciones que pueden cursar con síntomas de ansiedad⁽¹⁾

- Enfermedades cardiovasculares (prolapso de la válvula mitral, taquicardia supraventricular paroxística)
- Feocromocitoma
- Hipo e hipertiroidismo
- Enfermedad de Cushing
- Enfermedad de Wilson
- Epilepsia
- Hipoglucemia
- Vértigo o enfermedad vestibular
- Corea de Huntington
- Esclerosis múltiple
- Asma
- Fármacos (bloqueantes de los canales del calcio, broncodilatadores, estimulantes alfa-adrenérgicos, esteroides, teofilina)
- Sustancias abuso (alcohol, opiáceos, cocaína, cafeína, anfetaminas, etc.)

⁽¹⁾Esta lista contiene algunas de las entidades médicas que pueden cursar con síntomas de ansiedad o semejantes no pretendiendo ser exhaustiva.

La asociación de síntomas de ansiedad y depresión es importante también. Esta asociación se incrementa con la edad.

Algunos autores sugieren que existe una frecuente asociación de trastornos de ansiedad y TDAH, aunque ésta no se ha demostrado tan claramente. En nuestra experiencia, lo que sucede con frecuencia es que los niños con trastorno de ansiedad son diagnosticados equivocadamente como TDAH, cuando no se analiza adecuadamente el problema que subyace a la expresión comportamental que motiva la consulta.

En la Tabla III ofrecemos de forma resumida síntomas y comportamientos alterados de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad.

TRATAMIENTO

Existen numerosos tipos de intervenciones para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Éstas suelen incluir tanto intervenciones psicosociales como psicofarmacológicas¹². En la mayoría de los casos se propone proceder secuencialmente con intervenciones de carácter psicosocial y recurrir a la medicación sólo en aquellos casos más graves en los

que el tratamiento psicoterapéutico se muestra insuficiente¹³; éstas deben incluir:

1. Actividades destinadas a disminuir todas las situaciones estresantes que se hubiesen identificado en el proceso de evaluación (disfunción familiar u otro tipo de situación de desventaja social). Aunque estas intervenciones en ocasiones no son suficientes, merecen ser tenidas en cuenta y puestas en práctica, pues, en caso de no hacerlo, el pronóstico del trastorno será más sombrío. Muchas de las actividades son de tipo informativo y educativo.
2. Mejorar la comunicación, tanto individual como de los miembros de la familia entre sí; fomentar la expresión de sentimientos y la comunicación de estados afectivos de una forma modulada.
3. Métodos cognitivo-conductuales.
4. Métodos físicos de tratamiento, medicación.

En la Tabla IV ofrecemos un esquema que puede guiar el proceso de toma de decisiones a la hora de evaluar y tratar dichos trastornos en AP pediátrica.

Tabla III. Cuándo considerar evaluación por psiquiatra infantojuvenil

En niños pequeños	En pre-puberes y adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas físicas frecuentes y variadas para las que no se encuentra enfermedad causal. • Cambios importantes en el rendimiento académico o malas calificaciones, a pesar de que el niño hace un esfuerzo notable. • Mucha preocupación o ansiedad excesiva, lo que puede manifestarse en su negativa para asistir a la escuela, al acostarse a dormir o al participar en aquellas actividades normales para un niño de su edad. • Hiperactividad, inquietud, movimiento constante más allá del juego regular. • Pesadillas persistentes. • Desobediencia o agresión persistente (de más de 6 meses) y conducta provocativa hacia las figuras de autoridad. • Rabietas frecuentes e inexplicables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas físicas frecuentes y variadas para las que no se encuentra enfermedad causal. • Mucha preocupación o ansiedad excesiva, manifestada abiertamente por el chico. • Rendimientos inadecuados a pesar de que el chico hace esfuerzos, quejas de dificultades de concentración y atención. • Dificultad para enfrentarse a actividades propias de su edad y evitación de las mismas (actividades extraescolares). • Aislamiento social y búsqueda de actividades lúdicas solitarias. • Uso/abuso de drogas. • Pesadillas persistentes. • Ataques de rabia, actitudes de mal humor e irritabilidad crónicas.

Tabla IV. Toma de decisiones en la evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad en AP pediátrica⁽¹⁾

- 1) Determinar el rol de la ansiedad en el motivo de consulta.
- 2) Determinar el grado de disfunción, malestar subjetivo y el impacto que tiene la ansiedad en el niño y en su familia.
- 3) Realizar un diagnóstico diferencial (descartar una enfermedad médica, determinar si se trata de otro trastorno psiquiátrico y evaluar si se trata de la expresión de un estrés ambiental (familiar, escolar o situación de maltrato).
- 4) Identificar si existen entidades diagnósticas co-ocurrentes.
- 5) Determinar la gravedad y la urgencia del tratamiento, estableciendo las metas a corto, medio o largo plazo. Valorar cuáles son los riesgos-beneficios de las distintas opciones de tratamiento.
- 6) Iniciar intervenciones psicoterapéuticas para ansiedad leve, moderada o de carácter situacional:
 - TCC.
 - Intervenciones de apoyo dirigidas a abordar las circunstancias familiares y sociales de desventaja o estrés.
- 7) Iniciar farmacoterapia asociada con intervenciones psicosociales para ansiedad moderada a severa.
- 8) Considerar derivación a salud mental.

⁽¹⁾Adaptado de ⁴.

Algunas de las intervenciones psicológicas como la TCC se basan en modelos teóricos de los trastornos de ansiedad; otras, como las medicaciones, en los resultados de la experiencia y eficacia demostrada en poblaciones adultas (ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)³.

A pesar de la variedad de tratamientos disponibles para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, hay muy pocos estudios controlados que demuestran la eficacia de los mismos¹².

En lo que al uso de fármacos se refiere, existen numerosos ensayos clínicos positivos con varios tipos de compuestos (benzodicepinas, antidepresivos y otra miscelánea formada por beta-bloqueantes, antihistamínicos y antiepilépticos)³ Los ISRS han mostrado su seguridad y eficacia en el tratamiento del TAG, TOC, TEP, fobia social y trastorno de pánico en adultos. Sin embargo, sólo existe un estudio controlado del efecto beneficioso (ya desde la tercera semana) y seguridad de la fluvoxamina en un muestra de niños que tenían diferentes tipos de trastornos de ansiedad³. A pesar de que la

experiencia clínica en adultos y en niños y los estudios controlados en adultos apoyan el uso de este grupo de fármacos en el tratamiento de trastornos de ansiedad en la población infantojuvenil, el empleo de los ISRS en nuestro país (así como en EE.UU. y países de la Unión Europea) está siendo limitado y puesto en cuestión por las autoridades sanitarias. De hecho, la única indicación aprobada oficialmente por el momento es el uso de la fluvoxamina y la sertralina en el tratamiento del TOC.

Las benzodiazepinas son fármacos que se usan en niños para resolver de forma aguda problemas de ansiedad. No obstante, los riesgos (dependencia) de estos compuestos junto al perfil de seguridad de los ISRS debilitan las posibilidades terapéuticas de los mismos.

La forma de tratamiento psicológico más empleado en la práctica clínica es el TCC. Una reciente revisión sistemática de la eficacia de la TCC en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes concluye que la TCC es útil cuando se aplica a niños mayores de 6 años. Aún queda por demostrar que estos resultados sean extensibles a niños más pequeños y generalizables a todo tipo de niños. De hecho, un tercio de los niños que iniciaron el tratamiento seguían presentando síntomas compatibles con el TA por el que fueron tratados, después de finalizada la terapia. Tampoco se conoce si los resultados positivos de la TCC se prolongan a largo plazo. En cualquier caso, es una alternativa de intervención ampliamente utilizada y la única, hasta el momento, que haya sido testada siguiendo los criterios de calidad de la medicina basada en pruebas¹³.

PROPUESTA DE ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD^{14,15}

Evaluación del problema

- *Motivación.* Cuando un niño empieza a manifestar signos de ansiedad, hay que intentar ayudarle a expresar abiertamente el motivo de su ansiedad. Para ello, es necesario mantener una

actitud empática, escuchando sus dificultades y nunca recriminarle su falta de éxito en sus intentos de solucionarlo. Hay que intentar normalizar sus sentimientos, transmitirle que cualquiera en su lugar se sentiría igual, de tal manera que le damos la oportunidad de hablar sin vergüenza y con sinceridad del problema. Si le hacemos sentirse culpable por sus miedos o problemas, o le hacemos ver nuestra decepción, probablemente no se atreverá a hablarlo de nuevo y habremos perdido la oportunidad de intervenir en las fases iniciales del trastorno. Los médicos de familia y pediatras son modelos directos de conducta para los padres y, por ello, es importante que se dedique un tiempo a saber cómo es el niño psicológicamente, cómo se enfrenta a las situaciones y valorar su experiencia.

- *Fase evolutiva en la que se encuentra el niño.* Cuando un niño viene a nuestra consulta aquejado de problemas de ansiedad, en primer lugar se considerará la fase evolutiva en la que se encuentra, según su edad cronológica, y se decidirá si la ansiedad experimentada corresponde a un estadio normal de desarrollo o no. Se tendrán en cuenta, además, la frecuencia, la intensidad y la duración de la respuesta de ansiedad, de tal manera que, aunque la respuesta sea normal dentro del desarrollo, podría ser excesiva en estos tres aspectos.
- *Realidad de la situación amenazante.* Una vez que se ha decidido que la respuesta de ansiedad está impidiendo el normal desarrollo del niño y, antes de realizar una intervención terapéutica, lo primero que hay que analizar es si la amenaza es real. Un caso ilustrativo es el de un niño de doce años con miedo a dormir solo, rechazado y ridiculizado por ello, hasta que se descubrió que el origen de su miedo eran los ratones que se oían por la noche en su habitación. O el caso de un niño con dolor de estómago y de cabeza cada vez que iba a visitar a su padre, regañado porque se consideraba que era una excusa para no

ir; hasta que declaró que su padre le pegaba. En estos casos, es posible que, eliminando la situación amenazante, se elimine la ansiedad.

- *Historia y características personales.* Se considerarán otros aspectos que puedan estar conformando la respuesta de ansiedad. Las características físicas como el tamaño y la fuerza o las habilidades motoras, las experiencias vitales pasadas de éxito o frustración, las experiencias afectivas y de relación con los padres, su capacidad cognitiva o sus habilidades sociales son aspectos a tener en cuenta a la hora de evaluar la respuesta de ansiedad de un niño ante una situación determinada. No todos los niños responden igual ante la misma situación. Un niño delgado y de corta estatura se sentirá constantemente amenazado por el tamaño y la fuerza de los demás; un niño con torpeza motora que no tiene éxito jugando al fútbol se sentirá frustrado y amenazado en la situación de juego; un niño con problemas de lectura sentirá como una tortura el momento de leer delante de la clase; un niño con historia de abandono puede sentir angustia en una situación de separación; un niño con sobrepeso, en la clase de gimnasia, se puede sentir expuesto a la crítica y al fracaso, etcétera.

Es fundamental, pues, valorar la historia personal del niño, así como si la ansiedad está relacionada con un déficit en habilidades específicas, como las habilidades motoras, de lenguaje, cognitivas, académicas y sociales. Será importante, también, analizar si hay situaciones similares en las que el niño muestra una competencia acorde a su edad.

- *Historia familiar y respuesta ante las dificultades del niño.* Se analizarán los antecedentes familiares de ansiedad, los modelos de respuesta ante situaciones potencialmente amenazantes y la respuesta de las personas al cuidado del niño. Se observará si minimizan el problema ("yo también era

así y ahora estoy bien"), si ridiculizan al niño ("eso le pasa porque es un blando"), si lo sobreprotegen, si hay diferencias de respuesta entre los padres, el estilo y calidad de la relación afectiva entre los distintos miembros de la familia, etc.

Por otro lado, se valorarán los recursos de la familia para ayudar al niño: qué estrategias están teniendo éxito y cuáles no, qué voluntad tiene la familia de ayudar, qué disponibilidad, el nivel de cuidado físico y afectivo.

Intervención terapéutica

La intervención terapéutica va dirigida al trabajo con el niño y con las personas que están a su cuidado, como familia y colegio.

INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS AL CUIDADO DEL NIÑO

La familia y el colegio son, normalmente, quienes pueden ayudar al niño en la situación natural que reproduce ansiedad.

- Entrenar a los padres en respuestas adecuadas de empatía y no intentar solucionar el problema en el momento, ni minimizar su importancia.
- Entrenar a los padres en cómo contarle al niño maneras constructivas y realistas de enfrentarse al problema.
- Ayudar a los padres a que se frenen en su intento de controlar al niño, de culparlo por lo que siente o de desvalorizarlo.
- Entrenar a los padres en cómo dar seguridad a su hijo, de que encontrarán la manera de que se sienta mejor.
- Participar en sesiones de terapia de familia para identificar y resolver conflictos entre los distintos miembros de la familia.

- Colaborar con el colegio para que refuerce sus capacidades y siga las instrucciones del terapeuta.

INTERVENCIÓN CON EL NIÑO

La ansiedad produce una reacción psico-biológica en la que prácticamente todos los sistemas orgánicos están afectados: el fisiológico (sudor, taquicardia, mareo); el cognitivo-afectivo, como anticipación de lo que va a ocurrir (voy a hacer el ridículo, me van a pegar); el motivacional (deseo de evitar la situación); el emocional (el sentimiento subjetivo de miedo); el conductual (inhibición, indecisión). Así, se crea una imagen de sí mismo en la situación temida y un pensamiento negativo acerca de lo que puede pasar. Por tanto, la intervención va a ir dirigida a disminuir la respuesta fisiológica, mejorar la respuesta cognitivo-afectiva y modificar la conducta.

1. Disminución de la respuesta fisiológica a través de:
 - Ejercicios de relajación y desensibilización, como juegos, cuentos.
 - Ejercicios de dramatización (*role-play*).
 - Realizar actividades que puede disfrutar.
 - Escribir sobre la ansiedad específica.
2. Mejorar la respuesta cognitivo-afectiva, ayudándole a:
 - Aumentar la confianza en él mismo y en sus capacidades, identificando situaciones a las que el niño se enfrenta con éxito, remarcando sus habilidades, utilizando frases que sirvan de refuerzo de las propias capacidades.
 - Cambiar el estilo cognitivo de considerar la situación como algo amenazante a considerarla como un problema a resolver.
 - Establecer una conexión entre la ansiedad y los pensamientos o deseos que la desencadenan, así como identificar preocupaciones y creencias.
 - Atribuir sus emociones a él mismo y no al ambiente o a algo externo para que vea que él está creando sus propios sentimientos.
 - Cambiar preguntas de por qué a cómo.
 - Cambiar declaraciones de “esta situación me pone ansioso” a “yo me estoy poniendo ansioso a mí mismo”.
 - Provocar esos sentimientos en situación natural para hacer conscientes los pensamientos.
 - Acompañarlo en la situación que le produce ansiedad para ayudarlo a descubrir sus pensamientos.
3. Modificar la conducta a través de:
 - Desarrollar la auto-observación de los antecedentes, la conducta y los pensamientos mediante registros de conducta.
 - Entrenarlo en estrategias de afrontamiento de la situación específica (habilidades sociales, técnicas de estudio, relajación, hábitos de higiene). Por ejemplo, para disminuir la ansiedad frente a un examen se puede entrenar en técnicas y planificación del estudio, relajación, concentración, alimentación, sueño.

Bibliografía

1. Graham P, Turk J, Verhulst F. Development and developmental psychopathology. In: Graham P, Turk J, Verhulst F (eds.). *Child Psychiatry. A developmental approach*. 3.^a ed. New York: Oxford University Press; 1999. p. 172-266.
2. Freud S (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En: Sigmund Freud. *Obras Completas*. 3.^a reimpresión, 2.^a edición en castellano. Buenos Aires: Amorrortu; 1992. p. 83-161.
3. Klein RG, Pine DS. Anxiety disorders. In: Rutter M, Taylor E (eds.). *Child and Adolescent Psychiatry*. 4.^a ed. Malden: Blackwell Science Publishing; 2002. p. 486-508.
4. Williams TP, Miller BD. Pharmacologic management of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2003;15:483-490.
5. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related problems*, 10th revision. Geneva: WHO; 1992.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical classification of diseases and related health problems*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
7. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. En: Mardomingo MJ (ed.). *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 281-314.
8. Kagan J. *The nature of the child*. New York: Basic Books; 1984.
9. Goodyer I. Trastornos emocionales de inicio en la infancia. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N (eds.). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2003. p. 2111-2122.
10. Ruiz Sancho A. Precusores de los trastornos de personalidad en la infancia y adolescencia. Ponencia en el curso anual de la Unidad de Adolescentes. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2005.
11. Higuera Aranda A, López Sánchez JM. Psicopatología de la percepción. En: Higuera Aranda A, López Sánchez JM. *Compendio de psicopatología*. 4.^a Ed. Granada: Círculo de Estudios Psicopatológicos; 1996. p. 167-190
12. Schott RW, Mughelli K, Deas D. An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents. *J Natl Med Assoc*. 2005;97(1):13-24.
13. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, et al. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol*. 2004;43:421-436.
14. Schaefer C. *Innovative Psychotherapy Techniques in Child and Adolescent Therapy*. New York: John Wiley&Sons, Inc.; 1999.
15. Beck AT, Emery G. *Anxiety Disorders and Phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books, Inc., Publishers; 1985.