

Els trastorns d'ansietat a l'infància i a l'adolescència: com diagnosticar i tractar?

Dr. Jordi Sasot Llevadot

Psiquiatra y Pediatra

Coordinador mèdic de l'Unitat de Paidopsiquiatria. Centre Mèdic Teknon. Barcelona.

jsasot@centreguia.com

Rosa María Ibañez Bordas

Psicòloga Clínica Infanto-Juvenil

Coordinadora de Psicologia de la Unitat de Paidopsiquiatria. Centre Mèdic Teknon. Barcelona.

rmibanez@centreguia.com

Artícle publicat en: CIAP 2007 (Curs Intensiu d'Actualització en Pediatria de la Societat Catalana de Pediatria)

1. Aspectes conceptuals

Cal dir en primer lloc que l'ansietat és connatural al estil de vida actual. Dins la nostra societat l'eficàcia i el rendiment s'han convertit en valors prioritaris al marge de les seves conseqüències estressants.

L'ansietat és un fet no necessàriament patològic que pot aparèixer davant de qualsevol eventualitat, que assetgi el jo personal, bé per raons de tipus físic o psíquic. No sempre és fàcil establir diferències entre l'ansietat normal i la patològica, ara bé, aquesta es caracteritza per ser excessivament desproporcionada i persistent davant de l'estímul, condicionant un estat d'hiperactivació moderat que afecta el rendiment i la conducta adaptativa.

Encara que en l'actualitat fem servir de forma indiferent els conceptes d'ansietat i d'angoixa (la seva mútua implicació ho justifica), són prou diferents i dins l'infància i l'adolescència la seva diferència és fonamental per una bona pràctica diagnòstica i terapèutica. Sir Anbrey Levis en una extraordinària publicació de l'any 1967 "Problems presented by Psychopatology" va analitzar les seves connotacions fonamentals, en síntesis l'ansietat (etimològicament incomoditat) es relaciona amb el component psíquic i l'angoixa (etimològicament construcció) amb el component físic del estat emocional.

L'ansietat pot ser una experiència humana normal, pot formar part de la clínica de malalties pediàtriques i d'altres trastorns psiquiàtrics i pot constituir un autèntic trastorn quan l'angoixa és el síntoma predominant i té clares repercussions en el benestar psicosocial.

Des d'un altre punt de vista i a partir dels treballs de Spielberger s'ha considerat l'ansietat patològica com tret i com estat, encara que les dues poden trobar-se dins la mateixa persona. L'ansietat estat implica l'ansietat del present mentre que l'ansietat tret és refereix a la tendència habitual de les persones per reaccionar de forma ansiosa. L'ansietat estat valora més l'ansietat reactiva davant d'un estímul, mentre que l'ansietat tret és refereix més a factors temperamentals o de personalitat.

Més recientment Sheehan diferencia l'ansietat exògena (que apareix en relació a conflictes externs, personals o psicosocials) de l'ansietat endògena (de causa orgànica en persones amb predisposició genètica i antecedents familiars d'angoixa). La primera és habitualment més sensible a la psicoteràpia i la segona als tractaments psicofarmacològics.

2. Epidemiologia

La prevalença dels trastorns d'ansietat varia segons el sexe, la classe social l'edat i el tipus de trastorn.

Les noies presenten a partir de la menarquia el doble de prevalença que els nois (això es mantindrà així per raons estrogèniques fins la menopausa).

En adults la prevalença dels trastorns d'ansietat es troba segons diversos estudis entre el 4 i el 8% de la població, no obstant, els treballs fets amb mostres pediàtriques obtenen resultats més amplis.

Els últims estudis realitzats amb preescolars parlen del 9,5% (Angold et al. 2005) i també un recent estudi (Canino G et al. 2004) refereix el 9,5%, amb una població entre 4 i 17 anys, seguint els criteris DSM-IV-TR.

3. Etiopatogènia

Encara que són diversos els factors que volen explicar els trastorns d'ansietat, són fonamentalment dos d'els grups que ho estudien: els neurobiològics (herència, dades biològiques), lligats fonamentalment a les crisis d'angoixa i els psicosocials (aprenentatge, cognició, fets vitals, etc) vinculats fonamentalment a l'ansietat generalitzada.

La genètica recolça la participació hereditària en un 40%, fonamentalment en les crisis d'angoixa, encara que no es coneix quina és la vulnerabilitat neurològica heretada (factors neurobioquímics, factors temperamentals, etc).

Des de la perspectiva psicològica es dona molta importància al paper que té en la gènesis dels trastorns d'ansietat, l'acció cognitiva permanent dels estímuls externs, assetjadors. Tanmateix es dona molt valor als efectes dels fets vitals i com condicionen certs trets temperamentals per portar endavant certs trastorns d'ansietat, fonamentalment el trastorn d'ansietat generalitzada.

4. El paper dels neurotransmissors

L'ansietat patològica és fonamentalment una resposta desadaptativa davant del perill, lo que genera un estat d'alerta sense control.

Les tres variables clíniques fonamentals del trastorns d'ansietat són:

- Les evitacions fòbiques, en les que intervenen disfuncions del còrtex prefrontal.
- L'ansietat anticipatòria, vinculada amb alteracions del sistema límbic.
- Els atacs de pànic, lligats a anomalies del tronc cerebral.

Envers les àrees cerebrals descrites intervenen diversos neurotransmissors, els fonamentals són la noradrenalina, la serotonina, l'àcid gamma amino butíric (GABA) i l'adrenalina.

El 70% de la noradrenalina es troba dins el locus coeruleus que es troba dins la protuberància és a dir en el tronc cerebral. La noradrenalina té un paper decisiu dins els trastorns d'ansietat, tenint un paper regulador essencial dels estats d'alerta.

El locus coeruleus es troba connectat neurològicament amb el còrtex cerebral, el sistema límbic i el tronc cerebral.

Les fòbies és troben lligades a disfuncions noradrenèrgiques de les connexions del locus coeruleus amb el còrtex prefrontal.

El trastorn d'ansietat generalitzada i el trastorn d'ansietat de separació estan units a alteracions noradrenèrgiques de les connexions del locus coeruleus amb el sistema límbic.

El trastorn d'angoixa apareix davant d'anomalies noradrenèrgiques de les connexions del locus coeruleus amb el propi tronc cerebral.

La serotonina és un altre neurotransmissor que intervé en els trastorns d'ansietat, així doncs, tan les evitacions fòbiques com el trastorn d'angoixa presenten una baixa funció serotoninèrgica.

Un altre neurotransmissor a tenir present és l'àcid gamma amino butíric (GABA), que produeix un efecte inhibitor de l'ansietat dins el SNC, així doncs potencia l'acció ansiolítica de les benzodiazepines.

L'adrenalina finalment té implicacions dins els mecanismes perifèrics implicats en l'ansietat (SNA).

5. Classificació i característiques dels trastorns d'ansietat

Existeixen dos classificacions amb ampli reconeixement internacional que descriuen els principals trastorns d'ansietat en l'infància i l'adolescència. Aquestes són la Classificació Internacional de les Malalties (ICD-10) de la OMS i el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-IV-TR) de l'Acadèmia Americana de Psiquiatria.

Encara que entre elles existeixen petites diferències, les dos defineixen com trastorns d'ansietat específics de l'infància i l'adolescència a les següents entitats clíniques:

1. Trastorn fòbic-fòbia simple: por persistent, excessiva i irracional, enfront el contacte amb un estímul (objecte o situació) durant un període mínim de sis mesos).
2. Trastorn fòbic-fòbia social (ansietat social): por persistent, excessiva i irracional, enfront el contacte social, durant un període mínim de sis mesos).
3. Trastorn d'ansietat generalitzada (ansietat excessiva): ansietat excessiva enfront preocupacions no realistes durant un període mínim de sis mesos).
4. Trastorn d'ansietat de separació: ansietat excessiva davant la separació, real o per anticipació, de les persones vinculades, durant un període mínim de dos setmanes.
5. Trastorn d'angoixa: episodi sobtat, diürn o nocturn, caracteritzat per un episodi d'angoixa intolerable, de curta durada i caràcter espontani, no lligat a cap fet clar. Es pot presentar amb agorafòbia o sense agorafòbia.
6. Trastorn per estres posttraumàtic i resposta d'estrés tardia (sis mesos) a una vivència excepcionalment assetjadora que es troba fora del contexte habitual de les experiències humanes i que seria marcadament angoixant per qualsevol persona.
7. Trastorn obsessiu-compulsiu (encara que en el DSM-V serà categoria independent avui en dia es troba dins les classificacions dels trastorns d'ansietat); presència de obsessions (pensaments involuntaris recurrents que invadeixen la consciència) i compulsions (actes recurrents i irreprimitibles amb aparent finalitat i que es compleixen segons regles estrictes).

6. Comorbilitat

Clínicament tenim sempre que plantejar-nos la possible presència de comorbilitat, es a dir, conèixer quins són els trastorns associats, aspecte fonamental per una correcta resposta terapèutica.

La comorbilitat es pot establir per la coexistència de més d'un trastorn d'ansietat o per la presència d'un altre (o altres) trastorns psicopatològics.

Així doncs entre el 18% i el 50% dels nens i adolescents que presenten un trastorn d'ansietat, presenten un altre trastorn psicopatològic i dins d'aquests el més freqüent és la depressió.

L'associació entre ansietat per separació i depressió dona lloc als processos més greus. Envers això cal dir que del 35 al 85% dels nens i adolescents diagnosticats de trastorn

depressiu pateixen a nivell comòrbid un trastorn d'ansietat, fonamentalment un trastorn per ansietat de separació.

7. L'ansietat normal

Dos són els contextos fonamentals: dins l'infància les pors evolutives normals i dins l'adolescència l'ansietat normal generada pels canvis puberals.

¿Quines són les pors evolutives normals de l'infància?

0-6 mesos: Perdúa súbdita del suport (base de sustentació). Sorolls forts.
7-12 mesos: Por a les persones desconegudes. Por als objectes que sorgeixen de forma inesperada.
1 any: Separació dels pares. Inodors. Ferides . Persones desconegudes.
2 anys: Sorolls molt forts (aspiradores, sirenes, alarmes, tempestes, etc). Animals grans. Habitacions a fosques. Separació dels pares. Objectes o màquines molt grans.
3 anys. Caretes. Foscor. Animals. Separació dels pares.
4 anys: Foscor. Animals. Separació dels pares. Sorolls nocturns.
5 anys: Foscor. Animals. Separació dels pares. Ferides.
6 anys: Sers sobrenaturals (fantasmes, bruixes, etc). Foscor. Ferides. Rajos i trons. Dormir o trobar-se sol.
7-8 anys: Sers sobrenaturals, pors basades en les notícies dels mitjans de comunicació. Foscor. Ferides. Rajos i trons. Trobar-se sols.
9-12 anys: Controls i resultats escolars. Aspecte físic. Ferides. Rajos i trons. Mort.

L'ansietat és un factor que es presenta en l'adolescent de forma normal, sobretot produïda pels canvis puberals en el que el eix SNC- Hipotàlem – Hipòfisis pateix múltiples modificacions que gradualment faciliten el desenvolupament de la persona a nivell sexual. Tot això té una clara incidència psíquica, havent l'adolescent d'adaptar-se a la nova situació. L'exemple més freqüent és l'etapa del "mirall", més característica dins les noies.

8. Els trastorns d'ansietat incipients i les seves senyals d'alarma

Els trets fonamentals d'ansietat que poden evolucionar a un trastorn d'ansietat incipient i que cal identificar són:

- Pors excessives o injustificades.
- Conductes d'inhibició social.
- Sobrepreocupació excessiva.
- Ansietat anticipatòria.
- Somatitzacions (insomni).
- Perfeccionisme.
- Control excessiu de les situacions.

¿Quines són les somatitzacions més freqüents dels trastorns d'ansietat en els nens i adolescents?

Aparell digestiu	Dolors abdominals. Nàusees Vòmits Diarrea
Aparell respiratori	Sensació d'ofec (broncoespasme) Sensació d'opressió toràcica. Dispnea. Taquipnea.
Aparell cardiovascular	Palpitacions Taquicàrdia Dolor precordial Pal·lidesa Rubor Augment o disminució de la tensió arterial
Sistema nerviós central	Mal de cap Insomni
Sistema nerviós vegetatiu	Sequedat de boca Sudoració Lipotímia Midriasi
Altres	Dolors osteoarticulars Plaques de pelada Dermatitis Èczema Urticària Enuresis Encopresis Reaccions al·lèrgiques Immunodeficiències Febre

9. Diagnòstic pediàtric

A nivell pediàtric tenim un bon instrument clínic, el qüestionari STAIC d'Spielberger que ens discrimina dins de la població pediàtrica la presència d'un nivell d'ansietat significativa, si bé sense descriure quina és la entitat clínic específica.

El qüestionari STAIC té una bona sensibilitat i especificitat i ens permet discriminar entre ansietat tret (ansietat permanent, més lligada a aspectes temperamentals) i ansietat estat (ansietat reactiva a un fet determinat).

Aquesta prova es compon de dos escales, la primera medeix l'ansietat-estat (20 ítems) i l'altre mesura l'ansietat-tret (20 ítems). La seva duració és breu (entre quinze i vint minuts) i la seva correcció és prou ràpida i senzilla. Pot ser utilitzat a nivell individual i col·lectiu des d'els nou fins els quinze anys d'edat, encara que en molts estudis ha estat utilitzat a partir dels set anys d'edat.

Per adolescents més grans i adults existeix la escala STAI d'Spielberger que compleix els mateixos requisits.

Els qüestionaris STAIC i STAI estan comercialitzats per TEA Ediciones, S.A (C/ París, 211, 2n, Barcelona, Tlf. 93 237 95 90) i el seu preu és de 19,12€ respectivament.

10. Tractament dels trastorns d'ansietat: aspectes globals

L'abordatge dels trastorns d'ansietat requereix sempre d'un coneixement diagnòstic. No podem establir mai un tractament sense una hipòtesi diagnòstica.

El tractament dels trastorns d'ansietat és multimodal i dins ell poden intervenir tres variables:

- a) La resposta psicoeducativa i psicosocial a nivell familiar i escolar.
- b) Les ajudes psicoterapèutiques.
- c) El tractament psicofarmacològic.

Dins de la resposta psicoeducativa familiar els pares tenen que conèixer les bases temperamentals de tipus ansiós que probablement té el seu fill, es a dir, que ell és així perquè probablement ha nascut amb certs trets específics, sempre i quan el procés ansiós no sigui exclusivament reactiu a un fet determinat, ara bé també molts nens passant en marxa clínica ansiosa per vulnerabilitats neurològiques no descompensades fins la presència d'un fet determinat. És a dir l'herència i l'entorn, hi son sempre lligats.

Educativament cal no oblidar que aquests nens tenen moltes probabilitats de tenir uns pares amb els mateixos trets i no sempre aquests hi són conscients del fet.

Avui en dia és dona també molta importància al fet de si el nen ansiós té problemes de conductes d'inhibició, o bé és excessivament tímid o vergonyós. Molt probablement aquests són trets que descompensen i empitjoren els trastorns d'ansietat. Les famílies amb poca relació social i que al mateix temps condicionen els vincles socials dels seus fills, són estructures educatives de risc. Envers això, les modificacions de certes conductes educatives familiars són moltes vegades determinants en la millora o resolució dels trastorns d'ansietat de l'infància i l'adolescència.

I l'escola? Difícil, prou difícil, la col·laboració de l'escola depèn molt de dues variables: de la pròpia disponibilitat dels mestres (la seva motivació fonamentalment) i de la seva formació, no oblidem que encara és "parlar en rus", parlar de tots aquests aspectes amb molts mestres, educadors que dins la seva formació la salut mental és un buit de caràcter "espectacular".

Ara bé, tot i això, els metges pediatres i paidopsiquiatres ens tenim que posar en contacte i a disposició de l'escola. Així per exemple amb trastorns com la fòbia escolar, variable intermitja entre el trastorn d'ansietat per separació i la fòbia social, la coordinació entre l'escola i els professionals de la salut és requisit fonamental.

11. Tractament dels trastorns d'ansietat: tractaments psicològics

L'únic tractament amb recolzament empíric és la psicoteràpia d'orientació cognitiva-conductual. Altres tractaments psicoterapèutics, com la psicoteràpia psicodinàmica, manquen del necessari reconeixement científic per absència dels necessaris estudis d'investigació basats en l'evidència.

Històricament la teràpia conductual ha evolucionat. La teràpia de conducta de la por i l'ansietat infantil es remet al treball clàssic de Jones a l'any 1924, fent desaparèixer la por als conills amb un nen anomenat Peter. La teràpia va consistir en exposar el conill de forma progressiva a Peter, mentre el feia una activitat de plaer (menjar). Més tard (1958) Wolpe i a partir dels primers treballs de Jones va crear una tècnica, que es va anomenar "dessensibilització sistemàtica". La dessensibilització sistemàtica en els nens es compon de tres etapes bàsiques: a) l'entrenament per la relaxació muscular progressiva, b) l'ordenament jeràrquic de petits a grans de les situacions que generen por, c) la presentació jeràrquica, de petits a grans, mitjançant l'imaginació, d'els estímuls relacionats amb la por, quan el nen es troba relaxat. Amb les seves tècniques els psicoterapeutes conductistes procuren que els nens o adolescents cambin els seu comportaments, i amb conseqüència redueixin els pensaments i/o sentiments que els hi son molestos. Per un altre banda els psicoterapeutes cognitius, prefereixen tractar primer els pensaments i/o sentiments inadequats per després millorar els comportaments.

Encara que són formes de fer diferents, les conductuals i les cognitives, són totalment complementàries en clínica i comparteixen quatre fets bàsics:

- a) L'èmfasi que donen a la psicoeducació.
- b) L'anàlisi conductual detallat del problema i dels factors que l'estimulen o l'anul·len.
- c) Les intervencions terapèutiques específiques pel problema, concebudes fonamentalment per millorar els símptomes que alteren el pacient.
- d) L'entrenament en la prevenció de recaïdes al final del tractament.

Les tècniques cognitivo-conductuals més utilitzades són:

- Les tècniques d'exposició (exposició gradual, dessensibilització sistemàtica i imaginació temàtica).
- Les tècniques de modelatge (virtual o en viu).
- Les tècniques de contingències (entorn).
- La reestructuració cognitiva (entrenament en autoinstruccions i resolució de problemes).
- L'entrenament assertiu.
- La bioalimentació.

Cal també comentar les tècniques de relaxació, tècniques que poden ser utilitzades en el tractament dels trastorns d'ansietat junt amb les anteriors o bé individualment, fonamentalment són dues: l'entrenament autogen de Schulz i la relaxació muscular progressiva de Jacobson.

12. Tractament dels trastorns d'ansietat: tractament psicofarmacològic

El tractament psicofarmacològic dins els trastorns d'ansietat a l'infància i l'adolescència és habitualment de segona elecció, amb l'excepció del trastorn d'angoixa, l'ansietat de separació, la fòbia social i el TOC, trastorns en que les variables neurobiològiques són prou significatives.

Pot justificar de bon inici una intervenció psicofarmacològica la manca de recursos psicoterapèutics o la presència de comorbiditat, sobretot amb trastorns depressius.

A nivell psicofarmacològic podem utilitzar els següents fàrmacs

Benzodiazepines:

Sempre és millor utilitzar les de vida mitja llarga al ser més fàcil la seva retirada per la seva menor dependència fisiològica i també perquè els seus efectes envers la consolidació de la memòria són també menors. Es aconsella no utilitzar-les més enllà de tres o quatre setmanes, encara que sota control psiquiàtric i per raons clíniques significatives poden ser utilitzades per períodes més llargs de temps.

Clordiazepòxido (vida mitja llarga >13h)	10-30 mg x dia
Diazepam (vida mitja llarga > 13h) adolescents)	3-10 mg x dia (fins a 30 mg x dia en adolescents)
Clorazepato dipotásico (vida mitja llarga >13h)	15-60 mg x dia
Clonazepam (vida mitja llarga >13 h)	0'1-0'2 mg x kg x dia
Alprazolam (vida mitja curta <13h) adolescents)	0'125 – 4 mg x dia (fins a 8 mg x dia en adolescents)

Antidepressius ISRS:

Encara que els coneixements empírics són limitats, al marge del TOC, els ISRS poden ser psicofàrmacs d'elecció quan es preveuen tractaments de llarga durada. Poden ser útils en tots els trastorns d'ansietat, menys en la fòbia simple.

Fluoxetina	10-40 mg x dia
Fluvoxamina	50-300 mg x dia (sols adolescents)
Sartralina	25-200 mg x dia
Paroxetina	10-40 mg x dia (sols adolescents)
Escitalopram	2'5-15 mg x dia (sols adolescents)

Citalopram 10-40 mg x dia (sols adolescents)

Antidepressius tricíclics

Són psicofàrmacs de segona opció, per darrera el ISRS. Requereixen control eeg a partir de 75 mg x dia pels seus efectes secundaris cardíacs.

La clorimipramina és l'únic antidepressiu tricíclic utilitzat en el TOC.

Clorimipramina 25-75 mg x dia
Impramina 25-200 mg x dia (o 5 mg x kg x dia)

Antihistaminics

Hidroxicina 1 mg x kg x dia (menors de 6 anys)
50-100 mg x dia (majors de 6 anys)

Difenhidramina 25-300 mg x dia (en adolescents fins a 5 mg x kg x dia)

Altres fàrmacs no ansiolítics

Propranolol 20-60 mg x dia

Bibliografia general

1. Echevurua. E. Trastornos de ansiedad en la infancia. Piràmide. Madrid. 1996
2. Ibáñez Bordas R.M^a. Los trastornos de ansiedad. En: Sasot Llevadot J., Moraga Llop F. Avances en Psicopediatría. Prous Science. Barcelona. 2001; 117-129
3. James Sadock, B., Alcott Sadock V. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Waverly Hispánica. Barcelona. 2004
4. Lewis M. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Anxiety. Saunders. Philadelphia. 2005
5. Martin, A., et al. Pediatric Psychopharmacology. Oxford University Press. New York. 2003
6. Sasot Llevadot J., Moraga Llop F. Psicopediatría del adolescente. Prous Science. Barcelona. 1998
7. Sasot Llevadot J., Moraga Llop F. Psicopediatría y salud mental. Prous Science. Barcelona. 2000
8. Stein D.J., Hollander E. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Ars Médica. Barcelona. 2004
9. Toro Trallero, J., et al. Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia. Masson. Barcelona. 1998
10. Vallejo Ruiloba J., Gastó Ferrer C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Masson. Barcelona. 2000