

# LA COMORBILIDAD DE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LA NIÑEZ: ¿UN NUEVO TRASTORNO?

*Kelly Romero-Acosta\**  
*Edelmira Domènech-Llaberia\*\**

Recibido en mayo 21 de 2012, aceptado en octubre 15 de 2012

## Resumen

**Objetivo:** Examinar el fenómeno de la comorbilidad de síntomas de ansiedad y de depresión en niños. **Metodología:** Revisión de los artículos disponibles en la base de datos PsycINFO y en la base de datos de la Universidad Autónoma de Barcelona utilizando como palabras clave: síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y comorbilidad. **Resultados:** Los síntomas de ansiedad y de depresión tienen una alta prevalencia en la infancia. Algunos niños y niñas, sin cumplir todos los criterios para diagnosticar un trastorno, presentan síntomas que alteran el funcionamiento escolar, social y/o familiar. Frecuentemente estos dos grupos de síntomas se encuentran comórbidos en un mismo individuo, produciendo dificultades en el proceso del tratamiento. Aproximadamente, desde hace veinte años, se han realizado estudios sobre el fenómeno de la comorbilidad entre trastornos psicológicos, tales como ansiedad y depresión. Los resultados de esos trabajos avalan la posibilidad de que exista un nuevo trastorno mixto ansiedad/depresión con peores consecuencias para la salud. Este hecho abre nuevas directrices de investigación sobre el estudio de trastornos y síntomas en la infancia, las cuales ampliaremos en este trabajo.

## Palabras clave

Síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, comorbilidad, fuente: PsycInfo, base de datos de la Universidad autónoma de Barcelona.

---

\* Licenciada en Psicología, Magíster en Iniciación a la Investigación en Psicopatología de Niños, Adolescentes y Adultos, Candidata a Ph.D. en Psicopatología de Niños, Adolescentes y Adultos. Universidad Autónoma de Barcelona. Autor de correspondencia. Dirección: Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona, Campus Bellaterra, Edifici B, 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Spain. Correo electrónico: k.kellyromeroacosta@hotmail.com

\*\* Psiquiatra Infantil. Universidad Autónoma de Barcelona.

## COMORBIDITY OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN CHILDREN: ¿A NEW DISORDER?

### Abstract

**Objective:** To examine the comorbidity phenomenon of anxiety and depression symptoms in children. **Methodology:** Review of available articles in the PsycINFO data bases and in the University Autonomous of Barcelona data bases using as key words: anxiety symptoms, depression symptoms and comorbidity. **Results:** Anxiety and depression symptoms have a high prevalence in childhood. Some children, without fulfilling all criteria for diagnosing psychological disorders, report symptoms that cause impairment at school, at home or with friends. Frequently, both groups of symptoms are found comorbid in the same individual producing difficulties in the treatment process. Approximately, for the last twenty years, studies about the comorbidity phenomenon between psychological disorders, such as, anxiety and depression have been carried out. The results of this research work support the possibility of a new mixed anxiety/depression disorder with worse health consequences. This opens new possibilities for research about the study of disorders and symptoms in childhood, which will be extended in this work.

### Key words

Anxiety symptoms, depression symptoms, comorbidity.

## A COMORBILIDADE DE SÍNTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS NA INFÂNCIA: ¿UM NOVO TRASTORNO?

### Resumo

**Objetivo:** Examinar o fenômeno da comorbilidade de sintomas de ansiedade e depressão em crianças. **Metodologia:** Revisão dos artigos disponíveis na base de dados PsycINFO e na base de dados da Universidade Autônoma de Barcelona utilizando como palavras chave: sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e comorbilidade. **Resultados:** Os sintomas de ansiedade e de depressão tem uma alta prevalência na infância. Alguns meninos e meninas, sem cumprir todos os critérios para diagnosticar um transtorno, apresentam sintomas que alteram o funcionamento escolar, social e/ou familiar. Frequentemente estes dois grupos de sintomas se encontram comorbidos num mesmo indivíduo, produzindo dificuldades no processo de tratamento. Aproximadamente, desde há vinte anos, se tem realizado estudos sobre o fenômeno da comorbilidade entre transtornos psicológicos, tais como ansiedade e depressão. Os resultados destes trabalhos avaliam a possibilidade de que exista um novo transtorno misto ansiedade/depressão com piores consequências para a saúde. Este fato abre novas diretrizes de pesquisa sobre o estudo de transtornos e sintomas na infância, as quais ampliarão neste trabalho.

### Palavras chave

Sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, comorbilidade.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos ansiosos y depresivos tienen una alta prevalencia en la población infantil. Infortunadamente, son poco tratados en atención primaria, y esto hace que reciban menos tratamiento en comparación con los niños que padecen trastornos externalizantes, tales como trastorno por déficit de atención con hiperactividad o trastorno de conducta (1). Además, según Angold, Costello y Erkanli (2) los trastornos de ansiedad han recibido menos atención y han sido menos investigados que los trastornos de conducta y del humor.

Algunos pequeños sin cumplir todos los criterios diagnósticos presentan síntomas que impiden un adecuado funcionamiento escolar, social y/o familiar. Bernstein, Brochardt y Perwien (3) señalan que los niños con alta sintomatología ansiosa que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con trastorno de ansiedad, experimentan dificultades en la escuela, la familia y con los amigos. De ahí que el estudio de los síntomas internalizantes en la infancia sea de vital importancia para procurar tratamientos adecuados a niños que, si bien no cumplen los requisitos diagnósticos, presentan problemas en diferentes dimensiones de la vida cotidiana.

Por otra parte, las fluctuaciones sintomáticas en la infancia son mayores que en el adulto. Los síntomas aparecen, desaparecen o pueden ser incluso expresiones normativas de la edad (4). Ruiz y Gómez-Ferrer (5), señalan que los cuadros graves y bien establecidos no son de difícil diagnóstico, sin embargo lo son, por el contrario, los casos leves (síntomas) de instauración lenta y que presentan comorbilidad.

La comorbilidad es la co-existencia de dos, o más, trastornos psicológicos en un mismo individuo que en la mayoría de los casos implica un incremento

del nivel de gravedad de los síntomas, un peor pronóstico y una peor respuesta al tratamiento (2, 6, 7). El estudio de la comorbilidad se ha venido realizando con entrevistas clínicas que nos dan un claro diagnóstico de los trastornos. No obstante, hasta hace poco se ha investigado la comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en niños de 8 a 12 años (8). En estos estudios se ha encontrado un alto porcentaje de comorbilidad entre síntomas depresivos y ansiosos y entre grupos de síntomas ansiosos. Los trabajos de investigación cuyos resultados muestran la existencia de una alta comorbilidad entre ansiedad y depresión avalan la existencia de un nuevo trastorno psicológico, denominado trastorno mixto de ansiedad y depresión. En el siguiente trabajo se abordará el tema de la comorbilidad entre síntomas ansiosos y depresivos y su posible consideración como trastorno mixto ansiedad/depresión. También, se intentará discernir nuevas líneas de investigación en el estudio de la ansiedad y de la depresión en la infancia.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos en la base de datos PsycINFO y en la base de datos de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona, teniendo en cuenta como palabras clave: síntomas ansiosos, síntomas depresivos y comorbilidad. En total se encontraron 130 artículos publicados desde 2005 hasta 2010. Para la revisión bibliográfica se siguió el siguiente proceso de exclusión: que el rango de edad de los trabajos comprendiera el período de la niñez (20 artículos); que los artículos fueran escritos en idioma inglés o español (19 artículos). Posteriormente se revisó la bibliografía de cada artículo estudiado y se enriqueció nuestro trabajo con textos de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona.

## RESULTADOS

### 1. La sintomatología ansiosa en la niñez

La ansiedad es una característica innata en el ser humano cuya finalidad es preparar al individuo para reaccionar ante situaciones de peligro. Cabasés (4), señala que la ansiedad frente a extraños y la ansiedad por separación son dos reacciones ansiosas normales antes de los seis años de edad. En los primeros años de vida, la ansiedad de separación constituye una protección para los pequeños puesto que evita que se alejen de la madre o se marchen con extraños. Es en estas circunstancias donde la ansiedad sirve para alertar de situaciones potencialmente peligrosas.

No obstante, cuando la ansiedad se desarrolla de manera inapropiada, no es específica de una edad determinada, tiene una duración prolongada y afecta tanto la esfera social, familiar y/o escolar, se habla de *trastorno de ansiedad*. Por ejemplo, la ansiedad adquiere un carácter patológico cuando se siente miedo desproporcionado por alejarse de los padres a la edad de once años (no es característica en estas edades) e impide al chico o chica salir con sus amigos o asistir a la escuela de forma regular (afecta la esfera social y escolar del chico o chica).

Al hablar de los trastornos de ansiedad encontramos que en el conjunto sintomático de cada uno de ellos aparecen síntomas comunes. Todos los trastornos de ansiedad tienen como característica común el proceso de evitación y activación fisiológica por medio del cual se desarrolla el trastorno, sin embargo, difieren en el contenido o foco de la aprehensión (7). De modo concreto, el contenido de la fobia específica consiste en la preocupación excesiva frente a un objeto o evento determinado mientras que el de la fobia social se centra en las situaciones en las cuales se hace muy probable la evaluación social. Los síntomas fisiológicos en la presentación de ambas situaciones pueden ser los mismos, esto es, sudoración, palpitaciones, temblores, mareos, entre otros, pero el motivo o la causa son diferentes.

Según Cabasés (4), la ansiedad en la infancia puede desencadenarse por factores de riesgo de tipo personal (constitución biológica, temperamento); familiar (psicopatología de padres, mal ambiente familiar, ansiedad materna); social y escolar. En cuanto a los factores de riesgo de tipo familiar, Taboada, Ezpeleta y de la Osa (9) encontraron que los síntomas depresivos en la madre y la ansiedad fóbica en el padre son también factores de riesgo para la presentación de ansiedad en la infancia y la adolescencia.

### 2. Prevalencia y evaluación de los síntomas ansiosos en la infancia

Según la bibliografía consultada, el primer estudio epidemiológico sobre síntomas de ansiedad en niños (6 a 12 años) fue realizado por Lapouse y Monk en 1958 (10). Desde entonces se han venido realizando estudios epidemiológicos en la infancia que estiman que, hoy por hoy, los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en este grupo de edad (11).

La prevalencia de los síntomas ansiosos en la niñez puede encontrarse entre 2,6% y 47% (8, 12, 13). Sin embargo, no todos los grupos sintomáticos tienen la misma tasa de presentación en población general. Los dos grupos de síntomas ansiosos más prevalentes en los niños son la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada (8, 12). Son las niñas las que suelen informar de más síntomas de ansiedad, especialmente de ansiedad por separación (3).

Tanto en el área de investigación como en la práctica clínica, se usan mucho los auto-informes por su fácil administración y porque tienen en cuenta el punto de vista de los niños. Entre los auto-informes más utilizados en el ámbito de la investigación y la clínica se encuentran los siguientes: el *State-Trait Anxiety for Children* (S-TAIC) (14) y la *Revised Children's Manifest Anxiety Related Emotional Disorders* (RCMAS) (15). Estos auto-informes se crearon entre las

décadas del setenta y del ochenta. Sin embargo, a finales de los años 90 se construyeron tres nuevos instrumentos que miden sintomatología ansiosa:

*Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) (16). Contiene 39 ítems que evalúan cuatro dimensiones en niños de 8 a 17 años: síntomas físicos, ansiedad social, ansiedad por separación y evasión al peligro. Estos ítems se puntúan teniendo en cuenta cuatro opciones de respuesta: 0 = *nunca*, 1 = *casi siempre*, 2 = *a veces* y 3 = *frecuentemente*. Tiene buenas propiedades psicométricas tanto en población normal como en clínica (7), además, el MASC correlaciona significativamente con el RCMAS (16).

*Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) (17). El SCAS consta de 38 ítems que evalúan síntomas de ansiedad generalizada; ansiedad por separación; fobia social; trastorno de pánico y agorafobia; trastorno obsesivo compulsivo y fobia específica. Este instrumento puede ser aplicado a niños de 8 a 12 años de edad. Los ítems del SCAS pueden ser respondidos a partir de cuatro opciones de respuesta: 0 = *nunca*, 1 = *a veces*, 3 = *frecuentemente* y 4 = *siempre*. Asimismo, el SCAS posee buenas propiedades psicométricas (17).

*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) (18, 19). Se diseñó teniendo en cuenta la experiencia clínica con niños, esto aumenta su valor puesto que no es una réplica o adaptación de un instrumento utilizado para adultos. Tiene tres opciones de respuesta: 0 = *nunca o casi nunca*, 1 = *algunas veces* y 3 = *casi siempre o siempre*. Posee cinco factores: pánico/somático, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar. Ha mostrado buena consistencia interna (.93) y buena fiabilidad test-retest (.90).

### 3. Síntomas depresivos en la infancia

La depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo, esta psicopatología tiene como

signo patognomónico una alteración del humor. Al igual que la ansiedad, sentir tristeza es un sentimiento normal en el ser humano, sin embargo, se considera patológico cuando durante al menos dos semanas el individuo cae en un estado de ánimo deprimido que conlleva a una pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades de su vida.

Durante muchos años se consideró que el trastorno depresivo era exclusivo de los adultos. No obstante, los síntomas depresivos en la infancia ya fueron señalados en el siglo XIX por Descuret (20) y más entrado el siglo XX por Spitz (21). En las últimas versiones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (22), los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor no están descritos concretamente para niños. Por lo tanto, para diagnosticar trastornos depresivos a niños y adolescentes se utilizan los criterios diagnósticos para adultos del DSM-IV (22) o del DSM-IV-TR (22).

La sintomatología depresiva infantil, en comparación con la del adulto, puede variar en intensidad, duración o expresión. Los síntomas más comunes de depresión en los niños pueden ser: culpabilidad, tristeza, irritabilidad, sentimiento de vacío y síntomas somáticos (24). Domènech y Polaino-Lorente (25), indican que detrás de la inhibición, de la profunda desmotivación o del aburrimiento, puede hallarse un cuadro depresivo infantil y, añaden, que estos síntomas pueden pasar inadvertidos para los adultos (padres, maestros y/o cuidadores) e incluso para el clínico.

Ruiz y Gómez-Ferrer (5), señalan que al realizar la exploración psicopatológica en niños con sospecha de depresión, se debe tener en cuenta la siguiente sintomatología: disminución en la concentración y en la memoria; humor triste o irritable; pensamiento con contenido predominantemente de dolor, culpa o inutilidad; aumento o disminución en la psicomotricidad; alteración de sueño y apetito; baja autoestima. También, añaden que entre los

predictores de recurrencia de la depresión infantil se encuentran: el inicio del cuadro a una edad precoz y la comorbilidad con otros trastornos.

Entre los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la depresión infantil se encuentran la edad, la clase social, la historia psiquiátrica, el funcionamiento familiar y la raza (26, 27). Silverman y Ollendick (7) indican que el temperamento, la psicopatología de los padres y los errores cognitivos son también factores de riesgo para desarrollar depresión en la infancia.

#### **4. Prevalencia y evaluación de síntomas depresivos en la infancia**

Una de las primeras investigaciones longitudinales sobre epidemiología de síntomas depresivos en España, se realizó en la ciudad de Reus (provincia de Tarragona, España), con niños de 11 a 13 años de edad (27). Se halló una prevalencia de 9,8% el primer año y de 9,7% el segundo. También, Romero et al. (8), en la ciudad de Reus, pero en niños de 8 a 12 años, hallaron 11,5% de prevalencia de síntomas depresivos. Estos porcentajes son similares a los encontrados por Ollendick y Yule (28) quienes compararon la sintomatología depresiva en niños británicos (9,5%) y estadounidenses (10%). De igual modo, en Italia se encontró un 10,6% de niños (8-12 años) con síntomas depresivos (29); y en Finlandia, por el contrario, una prevalencia de 6,2% (30).

Con respecto a la prevalencia de síntomas depresivos en niños y niñas, Sorensen y sus colegas (31), no encontraron ninguna diferencia significativa de género en individuos de 8 a 13 años de edad. No obstante, encontraron diferencias entre los síntomas de los niños dependiendo de la edad. Esto es, anhedonia, hipersomnia, pérdida de apetito y decremento de la capacidad de concentración fueron los síntomas más frecuentes en niños mayores. La irritabilidad, retardo psicomotor, pérdida de control y quejas somáticas fueron más frecuentes en niños de 8 a 11 años.

Tampoco Bennett et al. (32) encontraron grandes diferencias en la prevalencia y en la severidad de los síntomas depresivos en niñas y niños. Aunque, las niñas deprimidas presentaron un porcentaje mayor de síntomas tales como: culpa, problemas con la imagen corporal, decepción para consigo mismas, y sentimientos de fracaso; mientras que los niños presentaron más anhedonia, humor depresivo en la mañana y fatiga.

Algunas investigaciones muestran diferencias considerables de género en la manifestación de síntomas depresivos (24, 26). Los índices se incrementan en niñas adolescentes en comparación con niñas más jóvenes (33). Estas diferencias de género en la adolescencia quizá puedan deberse a factores endocrinos y/o neurobiológicos que ocurren en la adolescencia temprana (6).

El estudio de los síntomas depresivos en niñas y niños se realiza, así como en la ansiedad, utilizando auto-informes. Dos de las escalas más usadas para medir sintomatología depresiva según un análisis realizado por Klein, Doughert y Olino (34) son las siguientes:

*Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ) (35): Fue desarrollada para evaluar depresión en niños de 8 a 18 años en base a las 2 semanas anteriores a la administración del instrumento. Consiste en 32 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (36) y en algunos síntomas adicionales tales como soledad y sentimiento de no ser atractivo. El tiempo aproximado de aplicación puede ser de 10 minutos. La MFQ tiene buena consistencia interna y buena fiabilidad test-retest (35).

*Children's Depression Inventory* (CDI) (37). Es utilizado en diferentes culturas debido a su fácil corrección, aplicación y buenas propiedades psicométricas (38). Está especialmente diseñado para individuos que tengan entre 7 y 17 años de edad y su tiempo de aplicación consta de 10 a 20 minutos. El niño o adolescente elige la opción de respuesta que más describa sus sentimientos

basándose en lo acontecido durante las últimas dos semanas. Si al sumar el puntaje total de los 27 ítems, el niño obtiene una puntuación de 17, o más, estaría en el grupo de niños que posiblemente tiene depresión (38).

## 5. La comorbilidad

Es frecuente que la depresión curse con la ansiedad en niños y adolescentes (4); a este fenómeno se le llama *comorbilidad*. La comorbilidad puede ser entendida como la co-ocurrencia de dos o más trastornos en un mismo sujeto, y, como la manifestación de múltiples trastornos durante el tiempo de vida del individuo (39).

Seligman y Ollendick (39) señalan que dos trastornos pueden ser comórbidos cuando presentan un alto índice de síntomas co-ocurriendo al mismo tiempo; cuando un constructo subyace en la división de dos o más trastornos (por ejemplo, comorbilidad entre los trastornos de ansiedad); cuando un trastorno causa o incrementa el riesgo de desarrollar un segundo trastorno; o cuando los trastornos comparten factores de riesgo o etiología. Sobre esto último, Rutter (40), refiriéndose a su primer estudio en la Isla de Wight, señala que la comorbilidad de síntomas puede ser causada por compartir factores de riesgo tales como temperamento adverso o discordia familiar.

Todavía no se tiene claro si algunos trastornos tienen una base etiológica similar o si solo la comorbilidad se debe a una definición inadecuada de las psicopatologías (8). Trastornos como la depresión y la ansiedad, con síntomas parecidos, que suelen co-ocurrir frecuentemente sin importar edad ni género, son trastornos que pueden tener una misma génesis en tanto son internalizantes. No obstante, también resultan ser comórbidos cuadros psicopatológicos que no tienen mucho en común, como por ejemplo, los trastornos de conducta y los depresivos (externalizantes los primeros e internalizantes los últimos). Estas son cuestiones que poco a poco se están estudiando y

se espera que con más trabajos longitudinales se puedan llegar a comprender (41).

Costello et al. (41) realizaron un estudio longitudinal en niños (de 9 a 16 años) y encontraron una fuerte continuidad heterotípica desde depresión a ansiedad, aunque también se presentó la relación contraria, pero no tan significativa. Del mismo modo, Romero et al. (8) hallaron alta comorbilidad ansiedad/depresión en niños de 8 a 12 años. Un 82% de niños con síntomas depresivos presentó al mismo tiempo algún grupo de síntomas ansiosos, mientras que un 20% de niños con alta sintomatología ansiosa presentó al mismo tiempo síntomas depresivos.

## 6. La comorbilidad entre la ansiedad y la depresión

Axelson y Birmaher (6) realizaron un análisis sobre la relación de ansiedad y depresión en la infancia y en la adolescencia. Argumentan que síntomas como fatiga, dificultad de concentración, insomnio, preocupación y quejas somáticas pueden encontrarse presentes tanto en cuadros de ansiedad como de depresión. Sin embargo, preocupaciones sobre eventos futuros, cuestiones académicas, relaciones entre compañeros o problemas en el hogar, son síntomas que se manifiestan más a menudo en trastornos de ansiedad que de depresión. El sentimiento de no ser querido, la anhedonia, el humor deprimido y la culpa excesiva son síntomas más específicos de niños deprimidos.

De igual modo, Cabasés (4) señala que la preocupación por el futuro, propia de la ansiedad, se traduce en la depresión como pesimismo y preocupación centrada en el pasado y en el presente. Además, añade que los niños deprimidos suelen tener problemas de despertar precoz, mientras que, los ansiosos, problemas de conciliación del sueño. Esto nos indica que la ansiedad y la depresión son entes nosológicos distintos pero que muchas veces cursan en el mismo individuo en el transcurso del tiempo o de manera simultánea.

La comorbilidad depresión-trastornos de ansiedad varía de 30% a 75%, en población general y de 8% a 86% en población clínica (42, 43). Por otra parte, en un estudio realizado en una institución psiquiátrica con 95 niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad se encontró comorbilidad del trastorno depresivo mayor con ansiedad de separación (58%), y fobias (45%) (44). En este trabajo también se halló que la ansiedad de separación y el trastorno depresivo mayor se encuentran asociados a deterioro funcional, y que la comorbilidad ansiedad/depresión es más frecuente en niños que en adolescentes.

Lo anterior indica que la comorbilidad ansiedad/depresión, varía según los trastornos de ansiedad (45, 46, 47). Romero et al. (8) encontraron que los niños con alta sintomatología depresiva presentaron al mismo tiempo síntomas del trastorno de ansiedad de separación y del trastorno de ansiedad generalizada. También, Sorensen et al. (31) hallaron en una muestra clínica infantil (de 8 a 13 años de edad) que la depresión mayor co-ocurrió con ansiedad generalizada (24 casos), ansiedad por separación (11 casos) y anorexia nerviosa (8 casos). Al menos un trastorno comórbido estuvo presente en el 90% de los casos de depresión mayor. Igualmente, Polaino, Canals y Domènech-Llaberia (47) señalan que el trastorno de pánico en los niños suele ir acompañado principalmente de depresión.

Todavía no se tiene claro si la comorbilidad ansiedad/depresión se deba a una relación en el tiempo o a una relación causal (8). Sin embargo, existe evidencia de que los síntomas ansiosos aumentan el riesgo de desarrollar depresión (6, 48). Ruiz y Gómez-Ferrer (5), señalan que la depresión se manifiesta tras el inicio de otro trastorno psiquiátrico, siendo en los niños más frecuente la ansiedad por separación y otros trastornos de ansiedad.

## 7. El nuevo trastorno mixto ansiedad/depresión

Algunas clasificaciones diagnósticas consideran como válido un nuevo trastorno que tenga en cuenta tanto síntomas depresivos como ansiosos, le llaman trastorno mixto de ansiedad y depresión (11). Si bien la quinta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, siglas en inglés, the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (49) no ha salido a la luz en formato papel, se puede ver su proceso de adaptación y cambio en la página web: [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org). Hasta ahora, el DSM-5 (49) en el apartado de trastornos depresivos considera el trastorno mixto de ansiedad y de depresión (D 05) como un nuevo trastorno, independiente de los trastornos de ansiedad y del trastorno de depresión mayor. Determina que los pacientes con trastorno mixto ansiedad/depresión tienen que presentar tres de los cuatro principales síntomas del trastorno de depresión mayor (incluidos anhedonia y humor deprimido) y dos o más de los siguientes síntomas de ansiedad: preocupación irracional, problemas para relajarse, tensión motora, miedo de que algo terrible pasará y preocupación por pensamientos desagradables. Asimismo, se especifica que para diagnosticarse este trastorno ningún otro cuadro psicopatológico puede estar presente y ambos, ansiedad y depresión, deben cursar simultáneamente.

Posiblemente todos los estudios que encontraban alta comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos sirvieron para que ahora se considere este nuevo trastorno en el nuevo manual diagnóstico de los trastornos mentales. No obstante, la comorbilidad es un constructo que aún necesita ser estudiado. Su importancia radica en que se asocia a un peor curso del cuadro y a una peor respuesta al tratamiento. Es necesario aunar esfuerzos para descubrir cuál es la etiología de la comorbilidad y cuáles pueden ser sus ventajas y sus desventajas en los trastornos psicopatológicos.

## FUTURAS DIRECTRICES DE INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES

Los síntomas de ansiedad y de depresión son altamente prevalentes en la infancia. Si bien pueden no cumplir los criterios diagnósticos para considerarse trastornos, su presencia puede afectar la vida cotidiana de los niños (escuela, familia, amigos). Frecuentemente tanto la sintomatología ansiosa como la depresiva cursan en un mismo individuo, provocando mayor severidad de síntomas y peor respuesta al tratamiento. La investigación clínica y epidemiológica de los síntomas ansiosos y depresivos va poco a poco en aumento, en la medida en que clínicos e investigadores se hacen conscientes del deterioro funcional que puede producir la presentación simultánea de síntomas en los niños.

Todavía no están claras las causas de esta tendencia a co-ocurrir síntomas ansiosos y depresivos, sin embargo, algunos clínicos consideran que esta comorbilidad debe tratarse como un trastorno diferente de los trastornos de ansiedad y de depresión (11, 50). Teniendo en cuenta que el *Manual diagnóstico de los trastornos mentales* en su quinta edición contempla la existencia de un nuevo trastorno mixto ansiedad/depresión, las posibles directrices de investigación tanto en epidemiología como en clínica infantil son las siguientes:

- 1) Realización de estudios epidemiológicos que permitan dar información sobre la prevalencia del nuevo trastorno mixto de ansiedad/depresión en niños y adolescentes. Los estudios epidemiológicos pueden dar luz sobre los factores de riesgo y la etiología de las enfermedades o trastornos psicológicos, de allí radica su importancia (25).
- 2) Desarrollo de nuevos auto-informes o mejora de los ya existentes. El desarrollo de auto-informes que puedan ser utilizados en el ámbito pediátrico es otro tema de estudio a tener en cuenta. En la práctica clínica y de atención primaria es más

fácil utilizar auto-informes que entrevistas diagnósticas. Los auto-informes suelen ser de fácil administración y de corta duración. Por lo tanto, se requiere desarrollar auto-informes con muy buenas propiedades psicométricas, que midan lo que pretenden medir y, sobretodo, que estén adaptados a la población en la que se utilizan.

No obstante, el uso de auto-informes tanto en investigación como en clínica, debe realizarse con mucho cuidado. Es poco recomendable estimar los resultados de un auto-informe tan válidos como los obtenidos de una entrevista diagnóstica (51). Fristad, Emery y Beck (50) indican que cuando se utilicen auto-informes en investigación, es recomendable evitar términos como “trastorno”, puesto que el diagnóstico de los trastornos psicológicos solo se debe realizar con entrevistas diagnósticas. También, es aconsejable aclarar como limitación la falta de entrevista diagnóstica para considerar los resultados como válidos.

- 3) Desarrollo de nuevas entrevistas clínicas o mejora de las ya existentes. Como ya se ha señalado anteriormente, el desarrollo de instrumentos válidos y fiables se hará indispensable teniendo en cuenta los nuevos trastornos psicopatológicos. La escasez de instrumentos adaptados y validados en una comunidad o país incrementa el grado de dificultad para llevar a cabo estudios epidemiológicos fiables (25). Teniendo en cuenta esto, el desarrollo de entrevistas clínicas diseñadas para niños es muy útil no solo para la investigación sino, también, para la práctica clínica.

- 4) Realización de más investigaciones en el ámbito clínico. Las investigaciones en la clínica son escasas y más aún si se trata de probar la eficacia de nuevos tratamientos. Con frecuencia, investigadores y clínicos se centran en el desarrollo de instrumentos y en la realización de estudios poblacionales, dejando a un lado el estudio de técnicas que nos ayuden a disminuir síntomas que causan deterioro funcional en los niños. Esta línea de investigación es ardua pero deja la satisfacción

de proporcionar soluciones a los problemas en gran medida descritos y cuantificados.

5) Por último, una nueva e interesante línea de exploración psicopatológica se abre en relación a los niños y niñas más pequeños, los pre-escolares. La identificación temprana de niños con síntomas internalizantes puede ayudar a los pediatras, psiquiatras y psicólogos, a prevenir el ulterior desarrollo de estas psicopatologías en la infancia y en la adolescencia (52, 53). También se requieren instrumentos de medición adaptados a estas edades, y sería en gran medida útil la realización de estudios epidemiológicos multi-informantes, especialmente en ansiedad y depresión.

Hoy en día, la psicopatología infantil cuenta con grandes avances pero, también, con muchos vacíos. El estudio de los síntomas ansiosos y depresivos en niños y su tendencia a co-ocurrir juntos, ha dado resultados positivos, avalando la existencia de una nueva entidad nosológica: el trastorno mixto de ansiedad/depresión. Se requieren más esfuerzos para concretar el fenómeno de la comorbilidad aunque, si bien es cierto, de ahora en adelante la existencia de síntomas de ansiedad y de depresión en un mismo individuo no es solo una co-ocurrencia, sino que puede ser un trastorno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diler R, Birmaher B, Brent D, Axelson D, Firinciogullari S, Chiapetta L et al. Phenomenology of Panic Disorder in Youth. *Depression and Anxiety* 2004; 20: 39-43.
2. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry* 1999; 40(1): 57-87.
3. Bernstein G, Brochardt C, Perwien A. Anxiety disorders in Children and Adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of American academy of child and adolescent Psychiatry* 1996; 35(9): 1110-1119. [Artículo especial].
4. Cabasés SS. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. En: Ballesteros MC, coordinador. *Práctica clínica paidopsiquiátrica: historia clínica, guías clínicas*. Madrid: Adalia; 2006. p. 150-163.
5. Ruiz MJ, Gómez-Ferrer C. Trastornos depresivos en el niño y adolescente. En: Ballesteros MC, coordinador. *Práctica clínica paidopsiquiátrica: historia clínica, guías clínicas*. Madrid: Adalia; 2006. p. 203-209.
6. Axelson D, Birmaher B. Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety* 2001; 14: 67-78.
7. Silverman W, Ollendick T. Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005; 34(3): 380-411.
8. Romero K, Canals J, Hernández-Martínez C, Jané MC, Viñas F, Domènech-Llaberia E. Comorbilidad entre los factores del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema* 2010; 22: 613-618.
9. Taboada J, Ezpeleta A, de la Osa N. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: Factores de Riesgo. *Ansiedad y Estrés* 1998; 4(1): 1-16.
10. Lapouse R, Monk MA. An epidemiological study of behaviour characteristics in children. *American Journal of Public Health* 1958; 48: 1134-1144.
11. Echeburúa E, Corral P. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Madrid: edición Pirámide; 2003.
12. Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E. Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7). Special issue: Anxiety of Childhood and adolescent: Challenges and opportunities 2006; 817-833.
13. Boyd CP, Kostanski M, Gullone E, Ollendick TH, Shek DT. Prevalence of anxiety and depression in australian adolescents: Comparisons with worldwide data. *Journal of Genetic Psychology* 2000; 161(4): 479-492.
14. Spielberger CD. *Manual for the state-trait inventory for children*. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press; 1973.
15. Reynolds C, Richmond B. *Revised children's manifest anxiety scale: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1985.
16. March J, Parker J, Sullivan K, Stalling P, Conners C. The Multidimensional Anxiety Scale for Children: Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 554 -565.
17. Spence S. Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology* 1998; 106: 280-297.
18. Birmaher B, Brent D, Chiapetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38(10): 1230-1236.

19. Birmaher B, Khetarpal S, Cully M. The Screen for child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36 (4): 545-553.
20. Descuret F. *La médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*. 2ª Edición española, Barcelona, 1857. p. 382-387.
21. Spitz R. Anaclitic Depression. *Psychoanalytic Study of the Child* 1946; 2: 313-242.
22. American Psychiatric Association [APA]. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2002.
23. American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
24. Toros F, Bilgin G, Bugdayci R, Sasmaz T, Kurt O, Camdeviren H. Prevalence of Depression as Measured by the CBDI in a Predominantly Adolescent School Population in Turkey. *European Psychiatry* 2004; 19: 264-271.
25. Domènech E, Polaino-Lorente A. *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Publicaciones médicas Espaxs; 1990.
26. Angold A. Childhood and adolescent depression. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry* 1998; 152: 601-617.
27. Canals J, Domènech E, Pagés R, Ballart J, Henneberg M. Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1991; 19(3): 155-161.
28. Ollendick T, Yule W. Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58: 126-129. Frigerio A, Pesenti S, Molteni M. Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *European Psychiatry* 2001; 16(1): 33-37.
29. Almqvist F, Kumpulainen K, Ikäheimo K, Linna S, Henttonen I, Huikko E et. al. Behavioural and emotional symptoms in 8-9-yr-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 1999; 8(4): 7-16.
30. Sorensen J, Nissan J, Mors O, Thomsen P. Age and gender difference in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of affective disorders* 2005; 84: 85-91.
31. Bennett D, Ambrosini P, Kudes D, Metz C, Ravinovich, H. Gender difference in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders* 2005; 89: 35-44.
32. Canals J, Marti-Henneberg C, Fernández-Ballart J, Domènech E. A longitudinal Study of Depression in an Urban Spanish Pubertal Population. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 4(2): 102-111.
33. Klein DN, Doughert LR, Olin T. Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005; 34: 412-432.
34. Angold A, Costello EJ, Messer SC, Pickles A. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5: 237-249.
35. American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed., revised ed. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
36. Kovacs, M. *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. University of Pittsburgh; 1983. Manuscrito no publicado.

37. Canals J, Domènech E. Síntomas de ansiedad en las depresiones puberales: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Revista de la Facultad de Psiquiatría de Barna* 1990; 173-181.
38. Seligman L, Ollendick T. Comorbidity of Anxiety and depression in Children and Adolescents: An integrative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 1998; 1(2): 125-144.
39. Rutter, M. Isle of Wight Revisited: Twenty-Five Years of Child Psychiatric Epidemiology. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development* 1990; 131-179.
40. Costello J, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorder in Childhood and Adolescence. *Archive General of Psychiatry* 2003; 60: 837-844.
41. Angold A, Costello J. Depressive Comorbidity in Children and Adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *The American Journal of Psychiatry* 1993; 150(12): 1779-1791.
42. Moreno, MA. Comorbilidad de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes. Tesis dirigida por: Lourdes Ezpeleta. Universidad Autónoma de Barcelona; 2000. Biblioteca de Comunicació i Hemeroteca General. TUAB/5325.
43. Ryan ND, Puig-antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B et al. The clinical picture of Major Depression in children and adolescents. *Archive General of Psychiatry* 1987; 44: 854-861.
44. Last, CG, Perrins S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31: 1070-1076.
45. Romero K. Sintomatología ansiosa y depresiva en niños de 4to de primaria. [tesina de máster dirigida por Edelmira Domènech-Llaberia y Fina Canals]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2008. Biblioteca de Humanitats-Dipòsit. TES/5100.
46. Polaino A, Canals J, Domènech-Llaberia E. Comorbilidad ansiedad-depresión en la infancia y en la adolescencia. *Psicopatología* 2002; 22(4): 235-255.
47. Sanford M, Szatmati P, Spinner M, Munroe-Blum H, Jamieson E, Walsh C et al. Predicting the one year course of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 1618-1628.
48. American Psychiatric Association [APA]. DSM-5 development. [internet]. 2011 Nov 3. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=407>
49. Fristad MA, Emery BL, Beck SJ. Use and abuse of the Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65(4): 699-702.
50. Comer JS, Kendall PC. High-End specificity of the Children's Depression Inventory in a sample of Anxiety-Disordered youth. *Depression and Anxiety* 2005; 22: 11-19.
51. Domènech-Llaberia E, Jané MC, Canals J, Ballequí S, Esparó G, Garralda E. Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 43(5):598-604.
52. Domènech-Llaberia E, Viñas F, Pla E, Jane M, Mitjavila M, Corbella T et al. Prevalence of major depression in preschool children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18: 597-604.