

TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

PREVALENCIA EN ARGENTINA

PROF. DR. HÉCTOR S BASILE

La **Psicopatología Infanto Juvenil** tradicionalmente ha diferenciado entre:

- a) Los trastornos emocionales de **comienzo específico en la infancia**, y
- b) Los trastornos neuróticos característicos **del adulto**, que ha sido justificada de la siguiente manera:

1) Muchos trastornos de las emociones en la infancia parecen constituir exageraciones de las tendencias normales del desarrollo, más que fenómenos cualitativamente anormales del mismo.

Es decir, para diferenciar entre los **trastornos emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia**, y los de comienzo en la adultez, **el rasgo diagnóstico clave es la desadecuación de la conducta del niño al período evolutivo correspondiente a su edad.**

2) La mayoría de los niños con trastornos de las emociones llegan a convertirse en adultos normales. (Sólo una minoría de ellos presentan trastornos neuróticos en la vida adulta, es decir no siempre se prolongan más allá del período del desarrollo, pero deben ser observados con atención, pues son **predictores de trastornos de adaptación emocional y social posteriores**).

Uno de los problemas trascendentes de la Psicopatología ha sido siempre el de las **Clasificaciones**. En los últimos tiempos, tanto la OMS. como la Asociación Psiquiátrica Americana han publicado sus Clasificaciones de singular interés, pues tienen como objetivo **el hacer científicamente comparables las investigaciones, teniendo como punto de partida la homogeneización de los diagnósticos clínicos.**

En 1987 se editó el **DSM III R**, que entre los **TRASTORNOS EMOCIONALES DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA INFANCIA**

relacionados con la **ANSIEDAD**, colocaba:

- Trastorno de Ansiedad por Separación**
- Trastorno de Ansiedad por Evitación**
- Trastorno de Ansiedad Excesiva Infantil.**

En 1991 se publicó la **CIE-10**, décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en la que en el referido rubro incluye:

- Trastorno de Ansiedad por Separación.**
- Trastorno por Ansiedad Fóbica en la Infancia.**
- Trastorno de Rivalidad entre Hermanos**
- Trastorno de Hipersensibilidad Social en la Infancia.**

En 1994 se editó el **DSM IV** que reconoce como **Trastornos de Ansiedad** de inicio en la infancia y la adolescencia a:

1) Trastorno de Ansiedad por Separación:

2) Fobia Social (DSN IV), que es compartido por niños y adultos.

El Trastorno de Ansiedad por Evitación en la Infancia (DSM III R) es incluido y se describe en este capítulo.

3) Trastorno de Ansiedad Generalizada (DSM IV), compartido igualmente por niños y adultos.

El Trastorno de Ansiedad Excesiva Infantil (DSM III R) se ha incorporado al mismo.

La **Ansiedad** es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o subjetivas más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar frente a situaciones de peligro.

La mayoría de los niños experimenta ansiedades y temores leves, transitorios y asociados a una determinada edad, que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo; son por lo tanto *normales* y sujetos a un ciclo evolutivo y desaparecen (o se atenúan considerablemente) con el transcurso del tiempo.

CUADRO I

**ANSIEDADES Y TEMORES NORMALES
EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

EDAD	TEMORES MAS FRECUENTES
0 - 1 años	Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas (*).
2 - 4 años	Animales. Tormentas.
4 - 6 años	Oscuridad. Brujas y fantasmas. Catástrofes. Separación
6 - 9 años	Daño físico. Ridículo.
9 - 12 años	Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar.
12 - 16 años	Relaciones interpersonales. Pérdida de la autoestima.

(*) El temor a personas extrañas se desarrolla durante el segundo semestre de la vida.

La **Ansiedad por Separación** es el común denominador de una buena parte de ellos (a las personas extrañas, a la separación de los padres, al mal rendimiento escolar, entre otras).

La madurez emocional del niño, y las experiencias del aprendizaje, que supone el desarrollo de nuevas capacidades de afrontamiento, parecen ser responsables de la disminución de las ansiedades y temores.

Sólo el temor a los extraños o sea **la Ansiedad Social** (miedo al ridículo, a las relaciones interpersonales, a la pérdida de autoestima) suele persistir con diferentes matices, pudiendo subsistir en la vida adulta bajo la forma de timidez (Personalidad Evitativa), o como **Fobia Social**

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION

La **ansiedad por separación** es un fenómeno universal, relacionado con el miedo a los desconocidos, asociado a la sensación de pérdida de la madre omnipotente y protectora, y a las ansiedades persecutorias.

Si la separación de la madre y el niño pequeño se prolonga, se produce una **secuencia** de acontecimientos (Bowlby):

a) Protesta : lloros, forcejeos, berrinches, rabietas.

b) Desapego : el niño aparece reservado, aparentemente insensible a la separación.

c) Desesperación : tristeza, depresión.

Las fases b) y c) son variables y es probable que se presenten si no ha habido una preparación previa a la separación, y si el cuidado posterior no ha sido satisfactorio.

Cuando se reencuentran, luego de la separación o de la internación, los pequeños presentan síntomas de ira, comportándose en forma agresiva o con actitudes de evitación.

Esto es más acusado si la separación fue larga y angustiosa.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

El DSM IV señala los siguientes criterios para diagnosticar el trastorno:

A..Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su *separación respecto del hogar o de las personas* con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por **tres (o más)** de las siguientes circunstancias;

(1) malestar excesivo y *recurrente* cuando **ocurre o se anticipa una separación** respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas al niño; necesita saber su paradero y estar en contacto con ellos por teléfono, parece nostálgico y

desasosegado y se siente desgraciado por estar fuera de casa; anhela el regreso y tiene fantasías de reunión.

(2) preocupación excesiva y persistente por la **posible pérdida** de los seres queridos o a que **estos sufran un posible daño** (por accidentes, enfermedades u otras circunstancias imprevisibles)

(3) preocupación excesiva y persistente por la **posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación** de una figura vinculada importante. (extraviarse, ser secuestrado, internado o asesinado y no poder volver a reunirse con los padres o seres queridos)

(4) **resistencia o negativa** persistente a **ir a la escuela o a cualquier otro sitio, por miedo a la separación** (sienten desasosiego cuando se trasladan independientemente fuera del domicilio o de otras áreas familiares; pueden evitar ir solos a diversos sitios; son renuentes o rehúsan ir a la escuela, a campamento, a casa de amigos, hacer mandados o a dormir afuera)

(5) resistencia o **miedo** persistente o excesivo **a estar en casa sola** o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares (son incapaces de permanecer solos en la habitación, tienen el comportamiento de "aferrarse", convirtiéndose en la sombra del padre)

(6) negativa o resistencia persistente a **ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada** importante, o **ir a dormir fuera de casa** (requieren que alguien permanezca cerca hasta conciliar el sueño, o bien pueden trasladarse a la cama de los padres o de un hermano mayor durante la noche, y si no pueden entrar, por estar la puerta cerrada, dormir junto a ella)

(7) **pesadillas repetidas con temática de separación**, temores de y por la destrucción de la familia, asesinato o catástrofe.

(8) **quejas repetidas de síntomas físicos** como **cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos**, cuando ocurre o se anticipa la **separación** respecto de figuras a las que están unidos por vínculos afectivos importantes. Puede haber llanto y tristeza, apatía y retraimiento; la **ansiedad de anticipación** se da en los **mayorcitos** y no así en los más pequeños; sólo los más grandes pueden presentar palpitaciones o vértigos.

B. El trastorno se prolonga por lo menos 4 semanas.

C. Para el DSM IV el inicio debe producirse antes de los 18 años. El CIE 10 señala como **edad de comienzo antes de los 6 años**. No es frecuente en la adolescencia. Se desencadena por una situación estresante y evoluciona con épocas de exacerbación y remisión.

D. La alteración provoca **malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico** (o laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Las **manifestaciones varían con la edad**; los **más pequeños** no expresan temores específicos, al hacerse **mayores**, tienen preocupaciones o miedos explícitos; en la **pubertad** y la **adolescencia** aparece la **ansiedad anticipatoria**, la actividad independiente es limitada, o hay negativa a salir de casa.

A veces los padres que padecen este trastorno, sienten excesiva preocupación por el cónyuge y por los hijos, con notable malestar al separarse de ellos y con la posibilidad de inducirlo en los hijos.

En ocasiones los niños pequeños padecen *experiencias perceptivas inusuales*: “ven” personas dando vueltas por la habitación, monstruos que intentan agarrarlos u ojos que los miran fijamente en la oscuridad.

Muchos de **estos niños son exigentes, intrusivos y necesitados de atención constante, lo que motiva en sus padres conflictos y resentimientos.**

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, una esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

FOBIA ESCOLAR:

Este síndrome, que consiste en una secuencia progresiva de desgano, resistencia, rechazo y finalmente negativa prolongada a ir a la escuela, ha sido reconceptualizada como **una forma de trastorno de ansiedad por separación** y es la consecuencia más incapacitante del mismo, por su influencia sobre el aprendizaje escolar, las relaciones familiares y las interacciones sociales.

Tiende a ocurrir al **comienzo de la escolaridad** (entre los 3 y los 6 años) **y al terminar la escolaridad primaria o al comenzar la secundaria, así como cuando ocurren cambios de escuela o de ciclo.**

Se han descrito dos variedades del mismo; la primera de ellas ocurre en los **primeros tiempos de escolarización**, con clara preeminencia de los mecanismos del trastorno de ansiedad por separación, generalmente de mejor pronóstico, y la segunda de comienzo más tardío, en la **pubertad o en la adolescencia**, en la que se imbrican las manifestaciones de ansiedad por separación, fobia social, los trastornos de personalidad, los trastornos de las relaciones familiares, y la patología social, tiene peor pronóstico y en el desarrollo ulterior pueden aparecer síntomas de agorafobia o pánico.

CUADRO II

DOS TIPOS DE FOBIA ESCOLAR

TIPO 1	TIPO 2
1- Más frecuente en los primeros niveles de escolaridad.	1- Más frecuente en los últimos años del colegio.
2- Primer episodio.	2- Segundo, tercero o cuarto episodios.
3- Inicio un lunes o tras una enfermedad.	3- Inicio en cualquier momento
4- Comienzo brusco.	4- Comienzo gradual.
5- Preocupación expresada por la muerte.	5- Sin preocupación por la muerte.
6- Preocupación real o subjetiva por la salud de la madre.	6- Sin preocupación por la salud de la madre.
7- Buena comunicación entre los padres.	7- Mala comunicación entre los padres.
8- Equilibrio emocional de los padres.	8- Trastorno de ansiedad de la madre y trastorno de personalidad del padre
9- Interés del padre por el hogar y por los niños.	9- Poco interés del padre por el hogar
10- Poca colaboración de los padres -	10- Colaboración en el de los padres en el tratamiento y por los niños
11- Buen pronóstico.	11- Peor pronóstico y posibles trastornos emocionales posteriores

La **FOBIA ESCOLAR** es un síndrome complejo, que *puede ser causado por:*

- 1-una **fobia específica** (temor a lastimarse en los juegos del recreo),
- 2-una **fobia social** (temor de ser ridiculizado),
- 3-un trastorno **obsesivo-compulsivo** (temor de ser ensuciado) o
- 4-una **ansiedad por separación** (temor por la separación de los padres), siendo generalmente éste último el elemento más temprano.
- 5-Un **trastorno disocial**. Los episodios de "**rabonas**" **reiteradas** (en los que el estudiante *acostumbra a estar fuera de la casa*, en vez de estar ansioso por volver a ella como ocurre en la fobia escolar) y que se acompañan de *mentiras, robos y fugas*, corresponden más frecuentemente al **trastorno disocial** que al trastorno de ansiedad por separación.

En la **fobia escolar** hay una permanencia del niño “refugiado” en casa durante las horas de colegio con el conocimiento de los padres y no está presente la conducta disocial.

*El **Trastorno disocial** es un patrón de conducta reiterativo y persistente en el que el sujeto viola los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad; por ej: agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo, violaciones graves a las normas. Entre éstas: a menudo permanece fuera de casa por las noches a pesar de las prohibiciones paternas, se ha escapado de la casa sin regresar durante un largo tiempo o se hace frecuentemente la rabona iniciando esa práctica antes de los 13 años. Estas conductas provocan un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Se distinguen una **forma infantil**, cuando se inicia por lo menos una de sus características antes de los 10 años de edad y otra **adolescente** cuando se inicia después.*

CUADRO III

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

**MANIFESTACION
DISOCIAL**

FOBIA SOCIAL AUSENTISMO

Sobrepotección parental	SI	NO
Disciplina inconsistente en el hogar	NO	SI
Trastornos de alimentación	SI	NO
Enuresis	NO	SI
Náuseas, vómitos, dolores abdominales	SI	NO
Trastornos del sueño	SI	NO
Mentiras constantes	NO	SI
Robos en casa o fuera	NO	SI
Fugas de la casa	NO	SI
Conductas de ansiedad	SI	NO
Sentimientos de culpabilidad	SI	NO
Trastornos de ansiedad de los padres	SI	NO

FOBIA SOCIAL

El **DSM III R** describía un trastorno caracterizado por “**evitación excesiva del contacto con personas desconocidas, lo suficientemente grave como para interferir en las relaciones sociales con los compañeros**”. Con deseo de mantener relaciones interpersonales cálidas y satisfactorias con gente conocida, familiares y amigos.

Ocurre en niños de dos años y medio como mínimo. Lo denominaba Trastorno por Evitación (más propiamente debiera decir **evitación social**) en la Infancia y en la Adolescencia.

El **CIE 10** (1991) lo describía como **Trastorno de Hipersensibilidad Social en la Infancia**, diciendo que los afectados presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente o un comportamiento de evitación, que puede aparecer ante adultos o ante **compañeros**, se acompaña de un grado normal de **dependencia selectiva de los padres** u otros familiares, y ocurre antes de los 6 años.

La evitación o el temor a los encuentros sociales es de tal grado que desborda los límites normales para la edad del chico, y se acompaña de un **incapacidad social** claramente significativa.

Además señalaba un **Trastorno de Fobia Social**, en el capítulo correspondiente a la Ansiedad en el Adulto, caracterizado por **miedo al enjuicia-miento por otras personas en situaciones socialmente determinadas ante pequeños grupos**, de comienzo en la adolescencia, que puede presentar síntomas difusos o restringidos, siendo estos últimos: **temor de hablar o de comer en público, o de tener encuentros con personas del sexo opuesto**. Se acompañan con síntomas vegetativos como: **rubor, náuseas, temblor o sudoración en las manos, necesidad imperiosa de orinar o defecar, y puede desencadenar crisis de pánico**.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El **DSM IV** (1994) unificó ambos trastornos bajo la denominación de **Trastorno de Fobia Social**, que puede presentarse tanto en niños como en adultos, y al que otorga los siguientes criterios diagnósticos:

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve **expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar** o a una posible evaluación por parte de los demás.

El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nótese que la clave es que la **ansiedad radica en la posibilidad de ser observado y evaluado por los demás**.

En los niños es necesario demostrar que sus **capacidades de relacionarse socialmente con sus familiares son normales** y que siempre han existido, y que la **ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad**, y no solamente en la interrelación con el adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca **casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad**, que puede tomar la forma de **una crisis de angustia situacional** o más o menos relacionada con una situación social determinada.

En los niños puede traducirse en llantos, berrinches, abrazos o aferrarse a los familiares, alteración de la relación con los demás, inhibición o retraimiento en las situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

A veces se observa en los niños **tartamudeo** o bien **mutismo selectivo**: incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales en las que se espera que hable, por ej. en la escuela, a pesar de hacerlo en otras situaciones.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo e irracional. En los **niños** puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o las actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

Puede aparecer **ansiedad anticipatoria**, mucho antes que el sujeto tenga que afrontar la situación social temida o la actuación en público.

En ocasiones llega a constituirse un **círculo vicioso**, formado por la ansiedad anticipatoria que provoca ideas de miedo y síntomas de ansiedad, lo que produce un rendimiento insatisfactorio, real o sentido como tal en este tipo de situaciones, que a su vez genera más ansiedad anticipatoria, y así sucesivamente.

E. Los comportamientos de evitación, la ansiedad anticipatoria, o el malestar que aparece en la situación social o actuación en público temida, **interfieren acusadamente** con la rutina normal del individuo, con sus relaciones académicas, laborales o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

Entre las características personales de los afectados se mencionan la **hipersensibilidad a las críticas, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo; la dificultad para autoafirmarse, la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad**, con la consiguiente pobreza de habilidades sociales que se manifiestan en el *ambiente extrafamiliar*, en la *escuela*, en los *grupos y el deporte*, y en las *citas con el sexo opuesto*, siendo frecuente la *aparición de manifestaciones depresivas*.

A veces tienen pocas habilidades sociales, como mantener la mirada de otras personas, o presentan signos objetivables de ansiedad como manos frías y pegajosas, temblores y voz vacilante.

F. En los individuos menores de 18 años, la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses antes de ser considerado patológico. Recordemos que el CIE 10 señala una forma clínica **infantil** de comienzo antes de los 6 años y otra, **adolescente**.

En los **niños** es muy frecuente la ansiedad ante los acontecimientos sociales, especialmente cuando se hallan fuera de marco familiar. Para establecer el diagnóstico de fobia social en ellos es necesario que la ansiedad social se ponga de manifiesto cuando se encuentra *con niños de su edad* y no sólo frente a los adultos y que esta situación **se prolongue por más de 6 meses**.

Los niños pueden obtener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la participación oral en clase.

Los **adolescentes** pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes no familiares, eludir los contactos con los demás especialmente con el sexo opuesto, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse en segundo plano en las actividades sociales

También suelen tener bajo rendimiento académico o laboral debido a la ansiedad que experimentan al hablar en pequeños grupos y en público, con los colegas y las autoridades, así como a la propia evitación de esas situaciones.

Los **niños con trastornos de ansiedad por separación** suelen sentirse cómodos en reuniones sociales que tienen lugar en su propia casa, mientras que en los casos de **fobia social** los síntomas de ansiedad aparecen en cualquier situación social, tenga o no lugar en la propia casa del afectado.

Los niños con **ansiedad generalizada** se sienten excesivamente preocupados por su rendimiento escolar, se sientan o no evaluados por los demás, en cambio en la **fobia social**, la ansiedad radica en la posibilidad de ser observados por los demás y criticados.

ANEXO :

**FORMAS CLINICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD
INFANTO JUVENIL**

A - TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

DIAGNOSTICO

Característica Discriminante:

ser
1- Temor, preocupación y conducta dependiente excesivos al
separado de los padres.

Características compatibles:

- 1-Deterioro social y académico.
- 2-Curso oscilante.

Características variables:

- 1-Más frecuente en niñas que en niños.
- 2-Inicio entre los 7 y 9 años de edad.
- 3-Rechazo escolar o falta de asistencia.
- 4-Pesadillas y negativa a dormir solo.
- 5-Temor a que los seres queridos sufran daños durante la separación.
- 6-Quejas somáticas inexplicables.

CONCEPTOS A DESTACAR:

- La edad de inicio más avanzada, la presencia de diagnósticos psiquiátricos asociados y los trastornos psicopatológicos familiares predicen un curso más prolongado.
- Uno de cada 3 casos presenta una depresión simultánea, o síntomas de ansiedad que son anteriores a la aparición de los síntomas depresivos.
- La aparición de síntomas somáticos cuando el niño debe ser separado de un ser querido debe alertar al médico respecto a la posible presencia de ansiedad de separación.

B - FOBIA SOCIAL

DIAGNOSTICO:

Característica Discriminante:

- 1- Ansiedad específica en contextos de grupo o ante extraños.

Características compatibles:

- 1-La situación temida es evitada o soportada con un malestar importante.
- 2-Ausencia de trastornos fisiológicos que puedan explicar los síntomas.
- 3-Aparición de ansiedad en presencia de compañeros, no sólo con adultos.

Características variables:

- 1-Inicio en la mitad de la segunda década de la vida.
- 2-Comienzo insidioso.
- 3-Antecedentes familiares de trastornos de ansiedad.
- 4-Timidez previa.
- 5-Ansiedad ante exámenes y pruebas.
- 6-El niño reconoce que el temor es excesivo y no es razonable

CONCEPTOS A DESTACAR:

que

- La fobia social suele iniciarse en la adolescencia, en un individuo previamente era tímido.
- El curso de la fobia social suele desarrollarse a lo largo de toda la vida, con exacerbaciones y remisiones de manera paralela a los hechos estresantes de la vida.

C - CRISIS DE ANGUSTIA EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (PÁNICO)

Un período de temor intenso, malestar o terror, acompañados de ideas

de desastre inminente o pérdida de control de la realidad.

Aparecen de manera brusca cuatro ó más de los siguientes síntomas,

que alcanzan un máximo en el plazo de 10 minutos.

- 1-Palpitaciones, sacudidas del corazón o taquicardia.
- 2-Sudoración.
- 3-Temblores o sacudidas.
- 4-Sensación de falta de aliento o ahogo.
- 5-Sensación de atragantarse.
- 6-Opresión o malestar torácico.
- 7-Nauseas o molestias abdominales.
- 8-Sensación de mareo, inestabilidad, desmayo o aturdimiento.
- 9-Desrealización (sensación de irrealidad) o de despersonalización (estar separado de uno mismo)
- 10-Miedo a perder el control o "*volverse loco*".
- 11-Miedo a morir.
- 12-Parestesias (sensaciones de entumecimiento o de hormiguelo).
- 13-Escalofríos o sofocaciones.

D - CRISIS DE AGORAFOBIA EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Es la crisis de ansiedad que se produce cuando el sujeto se encuentra

en lugares o situaciones de las que puede ser difícil escapar (o que resultan embarazosas) o en las que no puede disponerse de ayuda en

caso de que se produzca una crisis de angustia o signos similares de manera inesperada o facilitadas por la situación.

Afecta a situaciones que incluyen estar fuera de casa solo, el estar en una multitud, o de pie en una fila, el estar en un puente y viajar en autobús, subterráneo, tren o coche.

Estas situaciones se evitan, o se exige la presencia de un acompañante.

CONCEPTOS A DESTACAR:

- Las crisis de angustia pueden producirse como manifestación de muchos tipos de trastornos de ansiedad.
- La agorafobia puede producirse de manera aislada o como componente de un trastorno de angustia. De igual modo, el trastorno de angustia puede darse con o sin agorafobia.
- La aparición de un trastorno de angustia antes de los 17 años anuncia un mayor riesgo de abuso de sustancias, ideas e intentos de suicidio y consultas de urgencia más frecuentes que lo que se observa en el trastorno de angustia de comienzo en la edad adulta.

E - FOBIA ESPECÍFICA EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

DIAGNOSTICO:

Característica Discriminante:

1-Ansiedad excesiva y evitación específica de un objeto.

Características Compatibles:

1-Crisis de angustia situacional.

2-El niño reconoce que el temor no es razonable y es excesiva.

3-Deterioro social y académico.

Características variables:

1-Se produce con más frecuencia en niñas.

2-Preocupación en relación con el acontecimiento temido.

F - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

DIAGNOSTICO:

Característica Discriminante:

- 1-Preocupación excesiva que aparece en múltiples contextos.

Características Compatibles:

- 1-Ausencia de una alteración fisiológica que explique los síntomas.
- 2-Incapacidad de controlar el grado de preocupación.
- 3-Deterioro social o académico.
- 4-Períodos de exacerbación y remisión.

Características variables:

- 1-Irritabilidad
- 2-Tensión muscular y sensación de fatiga o falta de energía.
- 3-Dificultad para dormirse y sueño inquieto y poco satisfactorio.
- 4-Preocupación excesiva acerca del rendimiento y la competencia.
- 5-Falta de atención e inquietud.

CONCEPTOS A DESTACAR:

- Fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad y alteraciones del sueño, son síntomas frecuentes tanto en el trastorno de ansiedad como en los trastornos depresivos.
- Los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada tienden a ser de mayor edad y a pertenecer a grupos de mayor nivel socioeconómico que los pacientes con Trastorno de Ansiedad por Separación.
- La inquietud y la falta de atención del niño ansioso pueden interpretarse erróneamente como síntomas de TDAH.
- *El médico debe permanecer alerta ante la posible presencia de un trastorno de ansiedad en el niño con quejas somáticas "inexplicables".*

G - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE:

DIAGNÓSTICO

Característica Discriminante:

1-Pensamientos repetitivos y ritualistas, conductas compulsivas.

Características Compatibles

1-Obsesiones y compulsiones que causan malestar importante.
2-Obsesiones y compulsiones que ocupan mucho tiempo.
3-Deterioro social o académico.
4-Ausencia de anomalías fisiológicas que puedan explicar los síntomas.

Características variables

1-Más obsesiones en las niñas y más compulsiones en los varones.
2-Edad de inicio más temprana en los niños que en las niñas.
3-El estrés causa un empeoramiento de los síntomas o dificultades para la toma de decisiones.

CONCEPTOS A DESTACAR:

- que
- El **TOC** se caracteriza por un curso oscilante, con síntomas que se agravan con el estrés.
 - La mayor parte de los niños con **TOC** requieren tratamiento farmacológico a largo plazo.
 - Un tic motor complejo puede diferenciarse de una compulsión porque los **tics** no suelen ser anunciados por una idea u obsesión previa y carecen de finalidad, hasta donde el niño es capaz de interpretar.
 - El resultado del tratamiento del **TOC** es mejor cuando el tratamiento farmacológico se combina con la terapia conductual.
- conductual.

H - TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

DIAGNÓSTICO:

Característica Discriminante:

una
respuesta

1-Exposición a un acontecimiento traumático seguida de re-experimentación de la experiencia, evitación y de activación excesiva.

Características Compatibles:

- 1-Recuerdos intrusivos y recurrentes del acontecimiento traumático.
- 2-Malestar psicológico intenso frente a la exposición a estímulos relacionados con la experiencia traumática.
- 3- Deterioro de la función social o académica.

Características variables:

- 1-Restricción de la vida afectiva.
- 2-Pesadillas.
- 3-Irritabilidad y depresión.
- 4-Intentos de evitar todo lo que se asocia a la experiencia traumática.
- 5-Agresividad.
- 6-Quejas somáticas inexplicables.
- 7-Alteración del sueño.

CONCEPTOS A DESTACAR:

- El **TPET** de **tipo I** va precedido por un incidente traumático único, repentino e inesperado, mientras que en el **tipo II**, el niño está expuesto en forma crónica a incidentes traumáticos repetidos.
- El **TPET** puede aparecer en cualquier momento tras la experiencia traumática. Aunque algo infrecuente el médico debe prever la posible aparición de un TPET de aparición tardía, en que los síntomas no aparecen hasta 6 meses después del acontecimiento traumático.
- Cuanto más temprana sea la intervención tras el acontecimiento traumático, menos posible es que se produzcan los síntomas del **TPET**.
- El objetivo del tratamiento del **TPET** radica en hacer posible la re-exposición del niño a los estímulos relacionados con la experiencia traumática en unas condiciones de seguridad en las que pueda producirse una reformulación y dominio de la situación.

**PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
INFANTO JUVENILES
EN LA REPÚBLICA ARGENTINA:**

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN 700.000

FOBIA SOCIAL 150.000

TRASTORNO DE PÁNICO 80.000

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA 500.000

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO 150.000

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO 150.000

BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. Psicopatología del Niño. Masson. Barcelona.1992

CIE 10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción Clínica y Guía Diagnóstica. Organización Mundial de la Salud. 1992

DSM III R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson. Barcelona. 1992

DSM 1V. Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Masson. Barcelona .1995.

Echeburúa Odriozola, E. Trastornos de Ansiedad en la Infancia. Ed. Pirámide. Madrid .1993.

Kaplan, H. y Sadock, B. Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Hispanoamericana. Bs. As. 1991.

Kaplan, H. T. Sadock, B. Ed. Médica Panamericana. Bs. As. 1996.

Ollendick, T. y Hersen, M. Psicopatología Infantil. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1993.

Pearce, J. Ansiedades y Miedos. Ed. Piados Ibérica. Barcelona. 1995.