Universitat Autònoma de Barcelona

Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya

Máster en Paidopsiquiatría

bienio 07-08

Dirección:

Josep Tomás

Jaume Almenara

Secretaría:

Núria Gondón

Santiago Batlle

PROMOTORES

Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya
Universitat Autònoma de Barcelona

SPONSORS

Centre Londres 94
Familianova-Schola

Módulo II

Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes

Félix Amaro Parrado

Introducción

La ansiedad es una emoción normal que aparece en el sujeto como signo de alarma para advertir al individuo de algún peligro o adversidad. Este sistema puede estar alterado y ser excesivo, apareciendo en situaciones en las que no deberíamos estar en guardia o preocupados, pasando a considerarse entonces como un trastorno. Aparecen, entonces, síntomas como miedo, inseguridad, preocupación excesiva, evitación, hiperactividad, palpitaciones, hiperventilación.

La ansiedad produce un sufrimiento en el niño y puede dar lugar a de otras muchas enfermedades.

A medida que los niños crecen, hay momentos en los que sienten miedo o perciben la sensación de peligro. Para la mayoría de ellos, sentir miedo en la oscuridad, pensar en monstruos o tener temor de caerse de la bicicleta representa las primeras experiencias de ansiedad.

Para otros niños, estos sentimientos aparecen en situaciones sociales y de evaluación, como al realizar exámenes, conocer a otros niños o quizá ser objeto de una broma.

Es absolutamente normal tener sentimientos de ansiedad ante determinadas situaciones y a determinadas edades.

Con el tiempo, la mayoría de los niños aprende que los monstruos no existen, que los exámenes se aprueban estudiando y cómo responder a una broma. Sin embargo, para algunos, las sensaciones de ansiedad son muy intensas o aparecen muy a menudo, y esto resulta abrumador. En lugar de aprender a manejar la angustia y seguir adelante, estos niños dan paso a la ansiedad y se sienten aún peor. Afortunadamente, tienen capacidad para aprender a desarrollar nuevos sentimientos, nuevas ideas, nuevas estrategias y nuevas vías para sobreponerse a las situaciones que causan ansiedad.

La ansiedad tiene tratamiento. Más del 90% de las personas que se tratan por trastornos de ansiedad se recupera por completo.

Los costes que esta patología puede comportar en la calidad de vida de los pacientes así como en el presupuesto sanitario son muy elevados. Por ello es importante su detección y correcto tratamiento.

En 1996 la organización mundial de la salud advertía que los problemas mentales aumentarían durante este siglo para que los profesionales sanitarios estemos alerta en cuanto a su detección.

Concepto de ansiedad

Como la ansiedad es un término muy amplio, será conveniente definir ciertos conceptos que nos ayuden a comprender esta área tan importante.

Todos los seres humanos tenemos problemas, dificultades, todos tenemos algún complejo, alguna debilidad psicológica, algún área donde no somos tan efectivos.

Los psicólogos tienden a diferir en el uso de términos y conceptos, dependiendo de sus teorías en cuanto a la personalidad y sus sistemas de psicoterapia. Lo mismo sucede en el caso de la ansiedad. La definición va a depender en mucho de la escuela psicológica desde la cual se postule.

Aunque no existe una definición específica para el concepto de ansiedad, podemos definirla como una reacción ante una circunstancia en la cual creemos que corremos peligro o estamos amenazados en cierta forma. Puede que pensemos que nuestra seguridad física está en peligro, o que nuestro éxito en el trabajo se ve amenazado, o puede que nuestro nivel de estima personal se encuentre debilitado, o que estemos preocupados por lo que pueda acontecerle a una persona amada.

Cuando se dice: Alguien está nervioso, casi siempre se está dando un sinónimo de ansiedad. Las personas utilizan la palabra nervioso para definir depresión o ansiedad.

La tensión se traduce en ansiedad debido a una situación específica en la cual estamos involucrados. El temor se puede catalogar como un intenso estado de ansiedad como reacción a una amenaza específica.

Hay otro tipo de ansiedad que se conoce como fobia. Una fobia es un gran temor que paraliza literalmente a la persona y que se relaciona siempre con un objeto o situación determinada. Todos los seres humanos tenemos algún tipo de fobia, ya sea a viajar en avión, las serpientes, la sangre, etc. Se le dan nombres específicos a los diferentes tipos de fobia. Por ejemplo: claustrofobia (miedo a los lugares cerrados), acrofobia (miedo a las alturas), hidrofobia (miedo al agua) y así sucesivamente. Hay una lista interminable de los distintos tipos de fobia.

Existe otro tipo de ansiedad conocido como inconsciente, la cual hace referencia a una condición creada por algo desconocido. A esto se le llama ansiedad flotante del inglés `free floating anxiety´. Es un término que puede significar muchas cosas y por lo general describe una situación de intensa ansiedad la cual puede atacar inesperadamente al individuo cuando este menos lo espera. La persona de pronto comienza a sentirse bajo mucha tensión o estrés, pero no puede conectar una situación o evento específico a tal condición. Para experimentar la ansiedad flotante aparentemente no es necesaria una condición que desencadene dicho estado.

Otra clase de ansiedad es conocida como pánico y esta es una sensación en la cual la ansiedad se ha vuelto tan grande que la persona pierde el control total de sí mismo y de la situación. Muchas personas con desajustes emocionales parecen vivir en un estado constante de pánico.

Manifestación de la Ansiedad en niños según el nivel de desarrollo

Existen diferencias en la manifestación clínica de los trastornos de ansiedad en función del nivel de desarrollo. Determinados síntomas son normales y ejercen un efecto positivo en el desarrollo del niño en determinada edad. Asimismo, se dan, en la población infantil general y de forma común, síntomas aislados de ansiedad sub-clínica, entre los cuales se incluyen temor a sufrir daño uno mismo o a las figuras de apego, preocupaciones excesivas, síntomas de ansiedad por separación, o pequeñas fobias u obsesiones. Tales síntomas pueden ser la causa de alteraciones significativas o de deterioro, incluso cuando el individuo no muestra criterios para un diagnostico de ansiedad especifico, y por ello son merecedores, en algunos casos, de evaluación o intervención. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad asociados a dificultades en la lectura y las matemáticas garantizan la evaluación y la intervención como parte de un esfuerzo para mejorar el éxito.

La ansiedad crónica en el niño y el adolescente adopta una expresión idéntica a la del adulto: palpitaciones, opresión precordial o torácica, dificultad para respirar, ahogo, sudoración y sensación de debilidad o fatiga… Al igual que en el adulto se puede presentar en forma de crisis.

Manifestación en niños de preescolar

Las manifestaciones de ansiedad en la infancia están relacionadas básicamente con dos aspectos: el temperamento y el vínculo.

¿Cómo puede afectar el temperamento?

Los rasgos de temperamento están relacionados con las posteriores manifestaciones de ansiedad tanto en niños como en niñas. Los estudios realizados con relación a los rasgos tempranos de temperamento y la predisposición al desarrollo de la exteriorización e interiorización de síntomas muestran que los niños caracterizados de confiados y con tendencia a explorar situaciones nuevas tienden a presentar significativamente menor ansiedad en la niñez y en la adolescencia. Las niñas que son pasivas, tímidas, miedosas y que evitan las situaciones nuevas, presentan significativamente una mayor probabilidad de manifestar ansiedad en edades posteriores.

La inhibición conductual se define como la tendencia a una timidez extraordinaria o a presentar miedo y aislamiento en situaciones nuevas y/o desconocidas. Recientes investigaciones muestran que los niños caracterizados por presentar inhibición conductual presentan significativamente más trastornos psiquiátricos múltiples o reciben el diagnóstico de dos o más trastornos de ansiedad, al compararlos con niños no considerados conductualmente inhibidos. Por tanto, la inhibición conductual se manifiesta como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en niños. Un estudio de 3 años de seguimiento demostró que en el grupo con inhibición conductual, eran significativamente más frecuentes el trastorno por evitación, el trastorno de ansiedad por separación y la agorafobia. Las tasas de todos los trastornos de ansiedad en los niños inhibidos aumentaban considerablemente desde la línea base hasta el seguimiento.

¿Por qué es importante el vínculo?

El vínculo se definiría como la atadura o el enlace de unión materno-filial.

Los estudios demuestran que los hijos de madres menos autónomas con algún trastorno diagnosticado, presentan y desarrollan trastornos de ansiedad en la infancia en un porcentaje significativamente mas elevado.

La inseguridad en el vínculo constituye otro factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en la niñez.

Los bebés con un tipo de vínculo ambivalente (inseguridad en el vínculo) presentan más diagnósticos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia.

Ni la teoría temperamental ni la teoría del vínculo por sí solas pueden explicar el desarrollo de los trastornos de ansiedad.

Manassis y Bradley (1994a) han propuesto un modelo integrado que incorpora el temperamento, el patrón de vinculación y otros factores que puedan estar influyendo (p.ej., factores cognitivos, acontecimientos evolutivos, acontecimientos traumáticos, acceso a sistemas de apoyo).

Manifestación en niños de edad escolar

Una de las disyuntivas en el estudio de los trastornos de ansiedad, así como en la práctica clínica, consiste en definir qué constituye un trastorno de ansiedad, en comparación con la ansiedad normal. Los síntomas de ansiedad más frecuentes en la edad escolar son la excesiva preocupación por la competencia, la excesiva necesidad de reafirmación, el miedo a la oscuridad, miedo a que una de las principales figuras vinculadas sufra algún daño, y los síntomas somáticos.

Los trastornos de ansiedad más frecuentes durante la etapa media de la infancia incluyen el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada, y las fobias específicas. En menor frecuencia, se da también a esta edad el mutismo selectivo.

Manifestación en adolescentes

El origen de la ansiedad en adolescentes normales engloba la consolidación de la identidad, la sexualidad, la aceptación social y los conflictos de independencia. Los síntomas de los trastornos de ansiedad en adolescentes que refieren con mayor frecuencia son el miedo a las alturas, a hablar en público, a ruborizarse, una preocupación excesiva por actos que ha hecho, cosas que ha dicho, y a la conciencia de sí mismos.

Los adolescentes pueden presentar los mismos trastornos de ansiedad que los niños en edad escolar. Además, en el período prepuberal, los individuos comienzan a desarrollar vulnerabilidad a otros trastornos de ansiedad, entre los que se encuentran el trastorno de angustia, la agorafobia y la fobia social.

El trastorno de angustia es poco frecuente antes del período prepuberal. Se inicia frecuentemente durante la adolescencia o durante las primeras etapas de la edad adulta, siendo la adolescencia el período más común de inicio del trastorno.

En los adolescentes que presentan fobia social se presenta igualmente tanto en hombres como en mujeres. Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y con los trastornos afectivos.

Prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

Numerosos estudios indican que los trastornos de ansiedad son una de las categorías que más permanece de la psicopatología de la infancia y la juventud. Así mismo, los estudios epidemiológicos indican una elevada prevalencia de trastornos de ansiedad en niños que no consultan.

Los estudios muestran unas tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad de entre el 8,9% y el 15,4%, basándose en la combinación de diagnósticos. La fobia simple, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada son los trastornos más frecuentes, con tasas de prevalencia del 9,2%, 4,1% y 4,6%, respectivamente. Respecto a la fobia social, su prevalencia es del 1%.

Los estudios clínicos, referidos a poblaciones de niños tratados, no generan diferencias significativas en el ratio de genero hasta la adolescencia, momento en el cual los trastornos de ansiedad predominan en las chicas.

La edad media de inicio de los trastornos de ansiedad son los 8 años para el trastorno de ansiedad por separación y los 10 años para el trastorno de ansiedad generalizada.

Síntomas clínicos de los trastornos de ansiedad en paidopsiquiatría.

En general los síntomas que producen los trastornos de ansiedad se pueden clasificar en dos grandes grupos: físicos y psicológicos y su manifestación clínica dependiendo de la edad en la que se desarrolle el trastorno.

A. Síntomas Físicos.

La relación de síntomas a nivel físico que puede presentar el paciente es la siguiente:

- **Cardiovasculares:**

  Taquicardia, palpitaciones

  Aumentos moderados de la presión arterial

  Rubor o palidez

- **Respiratorios**:

  Sensación subjetiva de falta de aire

  Taquipnea

- **Dérmicos**:

  Rash (aparición manchas rojas)

  Variaciones térmicas

  Aumento de sudoración

  Parestesias

- **Músculo-esqueléticas:**

  Temblor, hipotonía muscular

  Tensión, calambres musculares

- **Gastrointestinales:**

  Diarrea, náuseas

  Abdominalgias

- **Otras manifestaciones somáticas:**

  Cefalalgia, dolor torácico

Excitabilidad, impulsividad

Insomnio, pesadillas

Disuria, con micción frecuente

Mareo, debilidad

B. Síntomas Psicológicos.

Se pueden diferenciar en dos grandes grupos:

1- Mentales o Psíquicos: En este grupo encontraríamos que el sujeto verbaliza temores, se siente asustado, tenso, nervioso, alterado, molesto, cansado… Aparece ideación obsesiva (rumiante), tiene pesadillas y fantasías atemorizadoras, abandona fácilmente y los demás lo ven como muy nervioso, inestable e inquieto además de hipersensible y excitable.

En estado de pánico aparece sensación de muerte inminente de perder el control de sí mismo, sentimientos de irrealidad e incapacidad para razonar.

2- Manifestaciones relacionales o conductuales: En este grupo encontraríamos que el sujeto muestra un comportamiento pegadizo y constantemente expresa necesidad de ayuda.

Se convierte en dependiente, retraído o tímido y le cuesta relacionarse socialmente.

Formas clínicas de los trastornos de ansiedad

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad en niños son varias y dependen del criterio de clasificación utilizado.

En resumen se puede decir que en niños los trastornos de ansiedad se diagnostican de acuerdo a dos grandes clasificaciones:

- El DSM-IV-TR de asociación psiquiátrica americana.
- El CIE 10 de la organización mundial de la salud.

En la práctica clínica los trastornos de ansiedad que se diagnostican en niños y adolescentes son los siguientes:

- Trastorno de ansiedad de separación. (Este es el único exclusivo infantil)
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Fobia especifica.
- Fobia social. Mutismo Selectivo.
- Trastorno de Pánico. (Con o sin agorafobia)
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno de ansiedad debido a…

TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

El miedo a la separación es el primero y más básico de los miedos. Incluso se da en otras especies. Tiene un claro sentido adaptativo ya que el tener a los cuidadores cerca se incrementan las probabilidades de supervivencia, hasta que el sujeto desarrolle las habilidades y la confianza necesarias para que hacer frente a los estímulos que le atemorizan. Entonces, una vez el sujeto gana en independencia, el miedo se va centrando en situaciones más específicas (p. ej. oscuridad o animales). Pero si este miedo se mantiene, y es desproporcionado en relación al nivel de desarrollo del sujeto, es cuando se puede considerar una psicopatología.

Afecta aproximadamente a un 4% de la población infantil, porcentaje que se va reduciendo conforme aumenta la edad. Es más frecuente en niñas que en niños.

Suele iniciarse sobre los 9 años y en relación a un estímulo estresante. Hay cambios en la intensidad de la afectación a lo largo del tiempo. Como la ansiedad por separación es uno de los primeros miedos en aparecer, si no se supera, aumenta la probabilidad de que se den posteriores trastornos de ansiedad en la edad adulta como la agorafobia o el trastorno de pánico.

Sus síntomas característicos son un malestar físico y psicológico recurrente cuando hay una separación real o anticipada respecto de las figuras significativas. Las figuras significativas para la persona son aquellas con las que ha establecido un fuerte vínculo emocional, y, normalmente, serían los cuidadores habituales. También existe una preocupación excesiva y continua por la posibilidad de que a las personas queridas les suceda algo grave o porque se produzca la separación. Suele haber resistencia o negativas repetidas a implicarse en situaciones que impliquen la separación y pesadillas relacionadas con el tema de la separación.

En la infancia las fronteras entre los diferentes trastornos mentales son más difusas. Esto se ve en la convivencia que puede existir en un mismo paciente de diferentes trastornos. Por ejemplo el trastorno por ansiedad generalizada en la infancia o las fobias múltiples. Más prototípico sería el caso de la depresión, presente en un 30 % de los casos con trastorno de ansiedad por separación.

También es frecuente encontrar problemas académicos por el elevado absentismo escolar que puede haber en los niños que padecen este trastorno. Es importante destacar que este trastorno puede darse conjuntamente con la fobia escolar aunque son dos trastornos con características distintivas (la fobia escolar es un miedo desmesurado al entorno escolar o alguno de sus miembros, y no a la separación de figuras significativas.

Para explicar el origen de este trastorno se usan modelos de vulnerabilidad-estrés. Es decir existen una serie de factores de vulnerabilidad que al interaccionar con acontecimientos estresantes y con factores de aprendizaje, producen el trastorno. Los acontecimientos que pueden desencadenar el trastorno son la muerte temprana de un progenitor (afecta más cuanto más comprenda el niño o adolescente lo irreversible de la muerte), divorcio de los padres que conlleve cambios importantes en el quehacer cotidiano del niño y haga las relaciones familiares más hostiles, hospitalizaciones en edades tempranas, o cambios de residencia.

Respecto a los factores de vulnerabilidad, destacarían:

- Estilo educativo sobre-protector de los padres, impidiendo que el niño/a desarrolle su propia autonomía.

- Familias cerradas en sí mismas, habiendo pocas ocasiones para que el niño se separe de las figuras significativas y desarrolle su propia autonomía.

- Predisposición heredada: en concreto la característica que más predispone al trastorno es la inhibición conductual ya que supone una mayor reactividad

psico-fisiológica (más tendencia al rubor, a la taquicardia, a la sudoración, etc..y más tiempo para disminuir estos síntomas).

- Relación insegura con los cuidadores.

- Problemas psicológicos en los padres, sobre todo depresión mayor y trastorno de pánico.

- Características cognitivas: preocupaciones excesivas y no realistas vistas como incontrolables, interpretación del mundo como negativo y amenazante, atención excesiva a las propias reacciones y pensamientos limitando las posibilidades de acción y aumentando las atribuciones a uno mismo de los fracasos.

Si el niño/a no se expone a las situaciones de separación, el trastorno se puede mantener e incluso empeorar. Otros factores de mantenimiento son la persistencia de alguno de los factores anteriores o el reforzamiento de la conducta del niño/a y la obtención de beneficios primarios o secundarios por ello.

Los criterios diagnósticos para el tratamiento del Trastorno de ansiedad de separación son los siguientes:

CRITERIOS DEL *DSM-IV* PARA EL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN. Fuente AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Se trata de una ansiedad excesiva o no adecuada a la edad del niño, relacionada con la separación del hogar o de figuras importantes. Se debe dar en al menos 3 de estas circunstancias:

1) Excesivo malestar repetido cuando hay o anticipa una separación respecto el hogar o figuras importantes (padres, cuidadores...)

2) Gran preocupación persistente por perder las personas con las que se halla vinculado o porque éstas sufran daño.

3) Gran preocupación persistente porque se produzca un acontecimiento que le separe de las figuras con las que mantiene más vínculos (p. ej. secuestro).

4) Resistencia o negativas repetidas a ir al colegio o cualquier otro lugar que implique separación.

5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar sin las principales figuras vinculadas en el hogar o en otros lugares.

6) Resistencia o negativa persistente a irse a dormir sin una persona significativa cerca.

7) Repetidas pesadillas con contenido de separaciones.

8) Quejas repetidas de síntomas físicos al ocurrir o anticipar una separación respecto a las figuras significativas.

El trastorno ha de durar al menos un mes, y debe iniciarse antes de los 18 años. Provoca en la persona un malestar significativo y causa deterioro en áreas importantes de la vida del niño, como es el colegio, el trabajo o las relaciones sociales.

CRITERIOS DE LA *CIE-10* PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Al menos deben existir tres de estos síntomas:

1) Preocupación sin justificación por posibles daños que puedan ocurrir a personas significativas o temor a que alguna de éstas muera o les deje.

2) Preocupación injustificada por un acontecimiento que les separe de personas significativas (p. ej. perderse, secuestro, asesinato)

3) Desagrado o rechazo repetido a ir al colegio, sobre todo por miedo a la separación.

4) Dificultad para separarse por la noche manifestado por:

a) Desagrado o rechazo repetido a irse a la cama sin una persona significativa cerca.

b) Frecuentes despertares durante la noche para comprobar o para dormir cerca de personas significativas.

c) Desagrado o rechazo repetido a dormir fuera del hogar.

5) Temor no adecuado y persistente a estar sin personas significativas en casa durante el día.

6) Repetidas pesadillas sobre el tema de la separación.

7) Síntomas somáticos reiterados (náuseas, dolores gástricos, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican separación de personas significativas.

8) Al anticipar, durante o inmediatamente después de la separación de una persona significativa, experimenta malestar excesivo y recurrente (ansiedad, llanto, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social).

Para la CIE-10 el trastorno debe aparecer antes de los 6 años y durar al menos 1 mes. Además no debe existir un trastorno por ansiedad generalizada en la infancia (la ansiedad no se limita a las situaciones de separación), ni alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad o del comportamiento, trastornos psicóticos o trastornos por el uso de sustancias psicoactivas.

Tanto en el DSM-IV como en la CIE-10 este trastorno se incluye en el apartado de trastornos de inicio en la infancia o adolescencia. Si se inicia después de los 6 años (según la CIE-10) o después de los 18 (según la DSM-IV) se trataría, en principio, de otro trastorno.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA O EXCESIVA

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) la angustia y las preocupaciones que se experimentan están por encima de lo común. La preocupación y la tensión son crónicas aún cuando nada parece provocarlas. Padecer este trastorno significa anticipar, casi siempre, desastres o consecuencias negativas, preocupaciones frecuentes y excesivas por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de identificar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Las personas que padecen de TAG tienen dificultades para desconectar de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Les cuesta mucho relajarse. Frecuentemente tienen problemas para conciliar o mantener el sueño. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, náusea, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea, que tienen que ir al baño frecuentemente o como si tuvieran un nudo en la garganta.

Muchas personas con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión.

Por lo general, las molestias asociadas con TAG son ligeras y las personas con ese trastorno no se sienten especialmente restringidas dentro del medio social o en el trabajo. A diferencia de muchos otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno. Sin embargo, si éste es severo, el TAG puede ser muy invalidante, ocasionando dificultades para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples.

El TAG se presenta gradualmente, a veces aparece ya en la infancia o la adolescencia. Es más común en las mujeres que en los hombres. Es recuente que haya alguna otra persona, entre los familiares de los afectados, que también padezca problemas de ansiedad. Uno de los criterios que han de cumplirse para establecer el diagnóstico de Ansiedad Generalizada es que la ansiedad y las preocupaciones excesivas sobre diversos acontecimientos o actividades se prolonguen más de seis meses.

Los síntomas de ansiedad en el Trastorno de Ansiedad Generalizada son constantes a diferencia de lo que ocurre en el Trastorno de Pánico donde la ansiedad-pánico aparece en forma paroxística tomando la forma de una Crisis de Pánico. La Crisis de Pánico no suele durar más de 30 minutos pero deja a quien la padece con mucho temor a presentar una nueva crisis. Este "miedo al miedo" se lo denomina "Ansiedad Anticipatoria" y puede confundírselo con un Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Es por esto que es muy importante realizar un buen diagnostico diferencial y tener en cuenta la comorbilidad entre trastornos.

Es importante además descartar que los síntomas de ansiedad no sean debidos a la ingesta de algún tipo de sustancia ansiógena: cafeína, anfetaminas o a una enfermedad médica (hipertiroidismo por ej.). Asimismo los Trastornos Depresivos se asocian con mucha frecuencia a ansiedad.

El TAG aparece en la población general entre el 2 y el 4 por ciento y las mujeres doblan a los hombres en porcentaje.

Generalmente se inicia en la edad adulta asociado a una mayor vulnerabilidad si hay algún familiar de primer grado diagnosticado.

En general, los síntomas de TAG tienden a disminuir con la edad. Sin embargo lo adecuado es seguir un tratamiento. Se están llevando a cabo investigaciones para confirmar la efectividad de medicamentos ansiolíticos (benzodiacepinas, buspirona) y antidepresivos. También son útiles las técnicas de terapia cognitivo-conductual, las técnicas de relajación y de retroalimentación para controlar la tensión muscular.

Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del **DSM-IV** o del **CIE-10**, dos clasificaciones de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio.

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA. Fuente AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

CRITERIOS CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD GENETALIZADA. Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudo-ración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o Un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende á ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico:

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).

b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

FOBIA ESPECÍFICA.

Muchas personas experimentan fobias específicas, miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar un coche en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional. Usted puede esquiar en las montañas más altas con toda facilidad pero siente pánico de subir al 10º piso de un edificio de oficinas. Los adultos con fobias comprenden que sus miedos son irracionales pero frecuentemente enfrentarse a los objetos o a las situaciones que las ocasionan o siquiera pensar en enfrentarlos, ocasiona un ataque de pánico o ansiedad severa.

Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional. Usted puede esquiar en las más altas montañas con toda facilidad pero siente pánico de subir al 10º piso de un edificio de oficinas.

Las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Generalmente las fobias aparecen primero en la adolescencia o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos el 20 por ciento desaparecen solas. Cuando los niños tienen fobias específicas, por ejemplo, miedo a los animales, esos

miedos por lo general desaparecen con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta.

Las personas con fobias no sienten la necesidad de recibir tratamiento, si les es fácil evitar lo que les causa miedo. Sin embargo, en ocasiones tendrán que tomar decisiones importantes en su carrera o en lo personal para evitar una situación que les produzca fobia.

El contenido de las fobias y su prevalencia muestran considerablemente variaciones según la cultura y la etnia. Por ejemplo, el miedo a los espíritus o a la magia existe en multitud de culturas y sólo debe considerarse una fobia específica si es excesivo en el contexto de esa cultura y provoca un malestar clínico significativo o un marcado deterioro de las actividades del individuo.

En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, parálisis o abrazos. Los niños no suelen reconocer que sus temores son excesivos o irracionales y rara vez expresan malestar por la fobia. El miedo a los animales y a otras situaciones ambientales es particularmente frecuente, teniendo un carácter a menudo transitorio cuando aparece en la infancia. El diagnóstico de fobia específica no puede asegurarse a no ser que estos temores den lugar a un deterioro significativo de las actividades del individuo (p.ej., resistencia a ir a la escuela por temor a encontrarse con un perro en la calle).

La frecuencia según el sexo también varía según los tipos de fobia específica. Aproximadamente el 75-90% de las personas que padecen fobia animal o ambiental son mujeres (excepto en el miedo a las alturas, donde las mujeres representan un 55-70%). De forma similar, aproximadamente el 75-90% de los individuos que padecen fobia situacional son mujeres. Éstas también constituyen el 55-70% de los individuos con fobia a la sangre-inyecciones-daño.

Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos (como el ser atacado por un animal o quedar atrapado en un lugar pequeño y cerrado), crisis de pánico inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor (p.ej., presenciar caídas desde grandes alturas o personas que se asustan en presencia de ciertos animales) y transmisión de informaciones (p.ej., repetidas advertencias paternas sobre los peligros de ciertos animales o reportajes periodísticos sobre catástrofes aéreas). Los objetos o situaciones temidos tienden a implicar aspectos que ciertamente pueden o han podido representar una amenaza en algún momento de la historia de la humanidad. Las fobias generadas por acontecimientos traumáticos o por crisis de pánico inesperadas acostumbran a aparecer de forma particularmente aguda. Las fobias de origen traumático no presentan una edad de inicio característica (p.ej., el miedo a atragantarse que suele seguir a un episodio de obstrucción faríngea total o parcial puede aparecer prácticamente a cualquier edad).

Los estudios preliminares sugieren la posible existencia de una cierta incidencia familiar según el tipo de fobia (p.ej., los parientes de primer grado de sujetos afectos de una fobia animal tienen más probabilidades de presentar una fobia de este tipo, aunque no necesariamente frente al mismo animal, y los parientes de primer grado de sujetos afectos de fobia situacional tienen igualmente más probabilidades de llegar a desarrollar fobias de este tipo). El miedo a la sangre y al daño presenta una incidencia familiar particularmente alta.

Cuando las fobias interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda. Un tratamiento efectivo generalmente involucra cierto tipo de terapia cognitivo-conductual llamada desensibilización o terapia de exposición, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Tres cuartas partes de pacientes se benefician notablemente con este tratamiento. Los ejercicios de relajación y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad.

No existe hasta ahora un tratamiento comprobado a base de medicamentos, para fobias específicas, pero en ocasiones ciertas medicinas pueden recetarse para ayudar a reducir los síntomas de ansiedad antes de que la persona se enfrente a una situación de fobia. La terapia psicológica más adecuada es la cognitivo-conductual.

Los criterios para el diagnostico de la Fobia específica (simple) son los siguientes:

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO FOBIA ESPECIFICA. Fuente AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico 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 determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

- Tipo animal

- Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

- Tipo sangre-inyecciones-daño

- Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

- Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

CRITERIOS CIE-10 PARA EL DIADNÓDTICO DE FOBIA ESPECÍFICA (Aisladas o simples). Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al sida.

Pautas para el diagnóstico

a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.

b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.

c) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Incluye:

-Zoofobias.

-Claustrofobia.

-Acrofobia.

-Fobia a los exámenes.

-Fobia simple.

FOBIA SOCIAL Y MUTISMO SELECTIVO.

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del principio de la adolescencia y a veces en edad infantil.

La persona que sufre de fobia social tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que él no lo es. Pequeños errores que comete pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son. Puede parecerle muy

vergonzoso ruborizarse y siente que todas las personas le están mirando. Puede tener miedo de estar con personas que no sean las más allegadas. O su miedo puede ser más específico, como el sentir ansiedad si tiene que dar un discurso, hablar con un jefe o alguna otra persona con autoridad, o bien aceptar una invitación. La fobia social más común es el miedo de hablar en público. En ocasiones, la fobia social involucra un miedo general a situaciones sociales tales como fiestas. Menos frecuente es el miedo de usar un baño público, comer fuera de casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas, como por ejemplo, escribir un cheque.

Aunque este trastorno frecuentemente se confunde con timidez, no son lo mismo. Las personas tímidas pueden sentirse muy incómodas cuando están con otras personas, pero no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no necesariamente evitan circunstancias que las hagan sentirse cohibidas. En cambio, las personas con una fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales, como caminar en un pasillo con personas a los lados o dando un discurso, pueden sentir un nivel de ansiedad muy intenso. La fobia social trastorna la vida normal, interfiriendo con una carrera o con una relación social. Por ejemplo: un trabajador puede dejar de aceptar un ascenso en su trabajo por no poder hacer presentaciones en público. El miedo a un evento social puede comenzar semanas antes y los síntomas pueden ser muy agotadores.

Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales. Sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Aún cuando puedan enfrentarse a lo que temen, generalmente sienten gran ansiedad desde antes y están muy incómodas todo el tiempo. Posteriormente, las sensaciones desagradables pueden continuar con la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos.

Aproximadamente el 80 por ciento de las personas que sufren de fobia social encuentran alivio a sus síntomas cuando se les da tratamiento de terapia cognitivo-conductual, de medicamentos, o una combinación de ambos. La terapia puede involucrar aprender a ver los eventos sociales en forma diferente; exponerse a una situación social aparentemente amenazadora de tal manera que les sea más fácil enfrentarse a ella; además, aprender técnicas para reducir la ansiedad, adquirir habilidades sociales y practicar técnicas de relajación.

La presentación clínica y sus consecuencias en las actividades diarias del individuo pueden mostrar una considerable variación a través de las diferentes culturas, dependiendo fundamentalmente de las exigencias sociales del lugar. En algunas culturas (p.ej., Japón y Corea) los individuos con fobia social pueden presentar un temor permanente y excesivo a ofender a los demás en las situaciones sociales, en vez del habitual miedo a pasar apuros. Estos temores adquieren a veces la forma de una extrema ansiedad por el hecho de que el enrojecimiento, las miradas directas y los efluvios corporales puedan ser ofensivos para los demás (*taijin kyofusho* en Japón).

En los niños las fobias sociales pueden tomar forma de lloros, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos y abstención de mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales, procurando aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad. A diferencia de los adultos, los niños con fobia social no suelen tener la oportunidad de evitar la totalidad de situaciones temidas, y es posible que se muestren incapaces de identificar la naturaleza de su ansiedad. También es posible que exista una disminución de su

participación en clase, negativa a asistir a la escuela o evitación de las actividades y citas adecuadas para su edad. Para realizar el diagnóstico de fobia social en un niño, es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto. Es decir, en el niño, y como resultado de esta fobia social, que se inicia tempranamente y presenta un curso crónico, lo que va a ponerse de relieve, más que un empeoramiento respecto a un nivel previo de actividad, es una falta de consecución de las expectativas que se habían creado con arreglo a su edad. En cambio, cuando el trastorno se inicia en la adolescencia, puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social y académico.

Los estudios epidemiológicos sugieren que la fobia social es más frecuente en las mujeres; sin embargo, cuando se estudian poblaciones clínicas, ambos sexos se muestran igualmente propensos, o bien se constata que el trastorno incide más frecuentemente en los varones.

Se ha puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13%. Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. En la población general la mayoría de los individuos con fobia social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de estos casos confesaba tener miedo de hablar con extraños o conocer gente nueva. Otros temores relacionados con las actuaciones en público (p.ej., comer, beber o escribir delante de los demás, o permanecer en una sala de espera) parecen menos frecuentes.

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FOBIA SOCIAL. Fuente AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

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 la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un 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. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

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

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

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno metal (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

CRITERIOS CIE-10 PARA EL DIAGNOSTICO DE FOBIA SOCIAL.

Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, nauseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Pautas para el diagnóstico

a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.

b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.

c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Incluye:

Antropofobia.

Neurosis social.

MUTISMO SELECTIVO

El Mutismo selectivo es un diagnostico que no queda encuadrado en ningún gran grupo nosológico. Para algunos autores seria una subclase de fobia social que solo se da en la infancia.

La característica esencial del mutismo selectivo es la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas (p. ej., en la escuela, con compañeros de juego) cuando es de esperar que se hable, pese a hacerlo en otras situaciones (Criterio A). La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social (Criterio B). La alteración debe durar por lo menos 1 mes y no se limita al primer mes de escolaridad (durante el cual muchos niños pueden estar vergonzosos y reacios a hablar) (Criterio C). No debe diagnosticarse mutismo selectivo si la incapacidad del sujeto para hablar se debe sólo a una falta de conocimiento (o de fluidez) de la lengua hablada requerida en la situación social (Criterio D). Tampoco se diagnostica si el trastorno se explica mejor por otro trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) o si aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico (Criterio E). En lugar de comunicarse mediante las verbalizaciones usuales, los niños afectos de este trastorno pueden comunicarse mediante gestos, movimientos o sacudidas de la cabeza, estirando o empujando, o, en algunos casos, mediante vocalizaciones monosilábicas, cortas o monótonas, o con voz alterada.

Las características asociadas al mutismo selectivo incluyen timidez excesiva, miedo a las relaciones sociales, aislamiento y retraimiento sociales, «pegarse» a otros, rasgos compulsivos, negativismo, pataletas o comportamiento controlador o negativista, en especial en casa. Puede existir un grave deterioro de la actividad social y escolar. Es frecuente que los compañeros se burlen de ellos o los conviertan en víctimas propiciatorias. Aunque los niños con este trastorno suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, ocasionalmente tienen asociado un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo o trastorno mixto del lenguaje expresivo receptivo) o una enfermedad médica que cause anormalidades de la articulación. También pueden asociarse trastornos de ansiedad (especialmente fobia social), retraso mental, hospitalización, o estrés psicosocial grave.

Niños inmigrantes, que no se han familiarizado o se sienten incómodos con la lengua oficial de su nuevo país de adopción, pueden rehusar hablar a extraños en su nuevo ambiente. Este comportamiento no debe diagnosticarse como mutismo selectivo.

El mutismo selectivo es algo más frecuente en mujeres que en varones.

En apariencia, el mutismo selectivo es raro y se halla en menos del 1 % de los sujetos visitados en centros de salud mental.

Habitualmente, el mutismo selectivo se inicia antes de los 5 años de edad, pero el trastorno puede no presentarse en la consulta clínica hasta haberse realizado el ingreso en la escuela. Aunque la alteración suele durar sólo unos pocos meses, a veces persiste más tiempo e incluso se prolonga durante varios años.

El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación como un trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo expresivo o tartamudeo. A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla propia de estos trastornos no se limita a una situación social específica. Los niños procedentes de familias que han inmigrado a un país donde se habla un lenguaje diferente pueden rehusar hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento del idioma. Sí la comprensión del nuevo idioma

es adecuada, pero persiste la negativa a hablar, puede estar justificado un diagnóstico de mutismo selectivo. Los sujetos con trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o retraso mental grave, pueden experimentar problemas en la comunicación social y ser incapaces de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo sólo debe diagnosticarse en un niño que tenga una capacidad demostrada para hablar en algunas situaciones sociales (p. ej., en casa). La ansiedad social y la evitación social propias de la fobia social pueden asociarse a mutismo selectivo. En estos casos deben establecerse ambos diagnósticos.

Los criterios diagnósticos de DSM IV y CIE 10 son idénticos. En esta última, el trastorno viene recogido con el nombre de mutismo electivo.

Criterios para el diagnóstico de F94.0 Mutismo selectivo

A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.

C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

TRASTORNO DE PÁNICO

La característica fundamental del Trastorno de Pánico es la presencia de **Crisis de Pánico** recurrentes, inesperadas y que no se encuentran relacionadas con ninguna circunstancia en particular (es decir son espontáneas), sin un factor externo que las desencadene, es decir que no son desencadenadas por una exposición a una situación social (como es el caso de la Fobia Social o frente a un objeto temido (en cuyo caso se trataría de una Fobia Específica). Otra característica del Trastorno de Pánico es el miedo persistente a padecer una nueva Crisis de Pánico, esto es miedo al miedo y se lo denomina *Ansiedad Anticipatoria*. Esta ansiedad puede a llegar a ser tan importante que puede llevar a confundir el diagnóstico de Trastorno de Pánico con el de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Estas Crisis (o Ataques) de Pánico, inesperadas y recidivantes, suelen presentar cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Miedo intenso a morir o a estar sufriendo un ataque cardíaco o alguna enfermedad física grave que ponga en riesgo la vida
- Miedo intenso a volverse loco o a perder el control de si mismo
- Palpitaciones (percepción del latido cardíaco) o pulsaciones aceleradas (taquicardia)
- Sudoración
- Palidez
- Temblores o sacudidas musculares

- Sensación de ahogo o falta de aire
- Opresión en la garganta (sensación de no poder respirar) o en el pecho
- Náuseas, vómitos o molestias y dolores abdominales
- Inestabilidad, mareos o desmayos
- Sensación de irrealidad (sentir al mundo externo como algo extraño)
- Sensación de no ser uno mismo (despersonalización)
- Hormigueos (parestesias)
- Escalofríos o sensación de sufrir frío intenso

Las crisis se inician bruscamente, alcanzan su máxima intensidad en los primeros diez a 15 minutos y suelen durar menos de una hora. Dejan a quien las sufre en un estado de total agotamiento psicofísico y con un gran temor (*ansiedad anticipatoria*) a volver a padecer una nueva crisis (miedo al miedo). También pueden aparecer síntomas de tipo depresivo, miedo a salir o alejarse del hogar o necesidad de hacerlo acompañado por una ser muy cercano (familiar). La persona suele sentirse muy hipersensible y vulnerable. Este tipo de trastorno es tan traumático de experimentar que quien lo padece suele cambiar en forma brusca y desfavorable sus hábitos de vida: no querer salir solo de la casa o viajar retraimiento social, abandono de sus actividades laborales o académicas.

Muchas veces la persona que se encuentra padeciendo una Crisis de Pánico tiene la necesidad de "salir corriendo" del lugar donde se encuentra o de consultar urgentemente a un médico en el caso que crea que se esta muriendo de verdad. Si esta crisis se experimenta por primera vez en un lugar determinado, un tren o autobús por ejemplo, suele quedar temor de volver a ese mismo sitio o medio de locomoción, desarrollándose de este modo una fobia al mismo.

Estudios epidemiológicos elaborados en todo el mundo indican de forma consistente que la prevalencia del Trastorno de Pánico (con o sin Agorafobia) se sitúa entre el 1,5 y el 3,5% de la población y es más común entre las mujeres que entre los hombres. Entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados de Trastorno de Pánico en la población general presentan también Agorafobia, si bien esta última puede observarse todavía más frecuentemente en la población general.

La edad de inicio del Trastorno de Pánico varía considerablemente, si bien lo más típico es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, lo que podría indicar una distribución de tipo bimodal, con un pico de incidencia al final de la adolescencia y otro pico de menor entidad en la mitad de la cuarta década de la vida. Un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia, y el trastorno también puede aparecer, aunque es muy poco frecuente, en mayores de 45 años. Las descripciones retrospectivas que efectúan los individuos visitados en los centros asistenciales sugieren que el curso típico es de carácter crónico, con altas y bajas. Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso. Aunque la Agorafobia puede aparecer en cualquier momento, suele hacerlo en el primer año de las Crisis de Pánico recidivantes. El curso de la Agorafobia y su relación con el curso de las Crisis de Pánico con variables. En ocasiones una disminución o remisión de las Crisis de Pánico o es seguida de cerca por una disminución correspondiente de la evitación y ansiedad agorafóbicas. Otras veces la Agorafobia adquiere un carácter crónico independiente de la presencia o ausencia de Crisis de Pánico. Algunos individuos manifiestan que disminuyen la frecuencia de las Crisis de Pánico evitando exponerse a ciertas situaciones. Los estudios de seguimiento efectuados en personas tratadas en centros de asistencia terciaria (en los que puede haber un sesgo de selección de los casos con peor

pronóstico) sugieren que, al cabo de 6-10 años de tratamiento, cerca del 30% de los individuos se encuentra bien, entre el 40 y el 50 han mejorado, pero siguen con algunos síntomas, y el 20-30% restante sigue igual o incluso peor.

Los parientes de primer grado de los individuos con Trastorno de Pánico tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar este trastorno. Sin embargo, en los centros asistenciales entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes con Trastorno de Pánico no presentan el antecedente de un pariente de primer grado afectado. Los estudios con gemelos indican una influencia genética en la aparición del Trastorno de Pánico.

El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido. Por ejemplo, si usted experimenta un ataque de pánico mientras usa un ascensor, es posible que llegue a sentir miedo de subir a los ascensores y posiblemente empiece a evitar usarlos.

Se han hecho estudios que demuestran que un tratamiento adecuado, un tipo de psicoterapia llamada terapia cognitivo-conductual, medicamentos o posiblemente una combinación de ambos, ayuda del 70 al 90 por ciento de las personas con trastornos de pánico. Se puede apreciar una significante mejoría entre 6 a 8 semanas después de iniciarse el tratamiento.

Los medios usados en la terapia cognitivo-conductual enseñan al paciente a ver las situaciones de pánico de manera diferente y enseñan varios modos de reducir la ansiedad, por ejemplo haciendo ejercicios de respiración o acudiendo a técnicas que dan nuevo enfoque a la atención. Otra técnica que se usa en la terapia del comportamiento, conocida como terapia de exposición, frecuentemente puede mitigar las fobias resultantes de un trastorno de pánico. En la terapia de exposición, se expone poco a poco a las personas a la situación temida hasta que llegan a hacerse insensibles a ella.

Algunas personas encuentran el mayor alivio a los síntomas del trastorno de pánico cuando toman ciertos medicamentos recetados por el médico. Esos medicamentos, al igual que la terapia cognitivo-conductual, pueden ayudar a prevenir ataques de pánico o a reducir su frecuencia y severidad. Los dos tipos de medicamentos que se ha comprobado son seguros y efectivos en el tratamiento del trastorno de pánico son los antidepresivos y las benzodiacepinas.

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA CRISIS DE ANGUSTIA (PANIC ATTACK). Fuente AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo

9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

CRITERIOS DEL CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRATORNO DE PANICO
Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Pautas para el diagnóstico

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.

b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.

c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMATICO

El trastorno postraumático por tensión (TEP) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TEP tienen persistentemente recuerdos y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TEP, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traído a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos. Incluyen rapto, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio, como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TEP repetidamente vuelve a vivir el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también experimentar problemas de sueño, depresión, sensación de indiferencia o de entumecimiento o se sobresaltan fácilmente. Pueden perder el interés en cosas que antes les causaban alegría y les cuesta trabajo sentir afecto. Es posible que se sientan irritables, más agresivas que antes o hasta violentas. El ver cosas que les recuerdan el incidente puede ser molesto, lo que podría hacerles evitar ciertos lugares o situaciones que les traigan a la mente esas memorias. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

Sucesos ordinarios pueden servir de recordatorios del trauma y ocasionar recuerdos inquietantes o imágenes intrusas. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

El TEP puede presentarse en cualquier edad, incluyendo la niñez. El trastorno puede venir acompañado de depresión, de abuso de substancias químicas o de ansiedad. Los síntomas pueden ser ligeros o graves; las personas pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. En casos severos, los afectados pueden tener dificultad para trabajar o para socializar. En general, los síntomas pueden ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de una persona, como en el caso de violación, a comparación de uno natural como es una inundación.

Un recuerdo retrospectivo puede hacer que la persona pierda contacto con la realidad y vuelva a vivir el evento durante un período de unos segundos o por horas o, muy raramente, por días. Una persona que tiene recuerdos retrospectivos, que pueden presentarse en forma de imágenes, sonidos, olores o sensaciones, generalmente cree que el evento traumático está volviendo a repetirse.

No todas las personas traumatizadas sufren un verdadero caso de TEP o experimentan TEP en absoluto. Se diagnostica TEP únicamente si los síntomas duran más de un mes. En aquellas personas que tienen TEP, los síntomas generalmente comienzan tres meses después del trauma y el curso de la enfermedad varía. Hay quienes se recuperan dentro de los siguientes 6 meses; a otros, los síntomas les duran mucho más tiempo. En algunos casos, la condición puede ser crónica. Ocasionalmente, la enfermedad no se detecta sino hasta varios años después del evento traumático.

Los medicamentos antidepresivos y los que se recetan para aminorar la ansiedad, pueden disminuir los síntomas de la depresión y los problemas de sueño; y la psicoterapia, incluyendo la terapia Cognitivo-conductual, forman parte integral del tratamiento. En ocasiones el exponerse a lo que el trauma recuerda, como parte de la terapia, por ejemplo, regresar a la escena de una violación, puede ayudar. Además, el apoyo de los familiares y amistades puede agilizar la recuperación.

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP). Fuente AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira

3. dificultades para concentrarse

4. hipervigilancia

5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

-Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

-Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

-De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

CRITERIOS DEL CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRATORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores pre disponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de despego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnostico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye:

-Neurosis traumática.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD DEBIDOS A...

Se trata de una categoría que engloba los trastornos de ansiedad que tienen una base biológica. En este encuadre encontraremos a los trastornos de ansiedad secundarios a alguna enfermedad de tipo médico o psicológico.

Criterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Evaluación de los Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes.

Deben recogerse el inicio, el curso y el contexto de los síntomas de ansiedad, así como información relativa a los antecedentes del desarrollo, antecedentes médicos, escolares y sociales del niño o del adolescente, y una historia psiquiátrica familiar. Es esencial el examen del estado mental y una evaluación de la actividad en la escuela.

Para la evaluación de la ansiedad se dispone de entrevistas psiquiátricas estructuradas, escalas clínicas de evaluación, instrumentos auto-administrados y medidas recogidas a partir de los padres (Tabla 1). Es útil utilizar varios tipos de instrumentos. Debido a la naturaleza subjetiva de los síntomas de ansiedad, es importante incluir medidas que evalúen la ansiedad desde el punto de vista del niño o del adolescente.

Se ha observado que las madres refieren los síntomas de ansiedad de sus hijos de una manera exagerada, hecho que se relaciona con un incremento en el nivel de la ansiedad materna. Esto pone de relieve la importancia que supone para el clínico conocer el nivel de ansiedad de los padres.

Las escalas de evaluación clínica son útiles porque integran la experiencia del clínico y la información del niño o el adolescente sobre sus síntomas de ansiedad. Por último, es útil combinar una entrevista psiquiátrica estructurada que proporcionará los diagnósticos, con escalas de la gravedad de los síntomas de ansiedad.

Existen varias entrevistas de diagnostico que evalúan el trastorno de ansiedad en los niños y adolescentes:

- Escala para los Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Preescolar. (K-SADS-E-5) (Orvaschel, 1995): Entrevista psiquiátrica semiestructurada en la cual el informante son los padres y el niño.
- Entrevista estructurada para los Trastornos Afectivos DSM-IV. (Silverman y Albano, 1996): Entrevista psiquiátrica estructurada que incluye otros trastornos pero centrada en los trastornos de ansiedad. Existen versiones para padres y niños.
- Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes Revisada (Reich, 1997): Entrevista psiquiátrica estructurada con versiones para padres, niños y adolescentes.

Entre las escalas clínicas se destacan:

- La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS): Es una escala gradual clínica desarrollada para el uso con adultos y validada para adolescentes. Evalúa tanto la ansiedad psicológica como la fisiológica.
- La Escala de Ansiedad para Niños Revisada (Bernstein y col., 1996b): una escala gradual clínica, fue modelada tras el HARS con preguntas adaptadas para niños y adolescentes. Posee una exactitud altamente comprobada y discrimina entre los niños con y sin trastorno de ansiedad.

De las medidas de auto-informe (destinadas a evaluar y cuantificar el grado de ansiedad) destacamos:

- Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (March et al, 1997): Esta escala tiene cuatro factores principales de ansiedad, incluyendo los síntomas físicos, evitación, ansiedad social y ansiedad de separación.
- Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada (C-MAS-R): con Preocupación/Sensibilidad en exceso, Preocupaciones Sociales, Concentración, y subescalas psicológicas, así como una subescala de mentira.
- Escala de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC), que evalúa tanto la ansiedad del estado como rasgo.
- Escala Visual Analógica para Ansiedad Revisada (Bernstein y Garfinkel, 1992): evalúa la ansiedad relacionada con situaciones específicas en el formato análogo visual.
- La Escala de Miedos para Niños Revisada (RFSSC): mide temores.
- Escala de Ansiedad Social para Niños Revisada (LaGreca y Stone, 1993): diseñada para medir la ansiedad social.

Los instrumentos para el informe de los padres con múltiples escalas entre las cuales se incluye la de ansiedad:

- Escala de Problemas Conductuales en Niños (CBC).

Diagnostico diferencial y comorbilidad

Es muy importante hacer un buen diagnostico diferencial para poder definir exactamente el trastorno.

Se ha de considerar aquellas enfermedades orgánicas que pueden dar lugar a trastornos de ansiedad como síntomas de inicio (primera manifestación clínica del proceso), en este sentido encontraremos:

- Hipoglucemia
- Hipertiroidismo
- Arritmias cardiacas, taquicardia
- Intoxicación por cafeína
- Feocromocitoma
- Migrañas
- Trastornos del sistema nervioso central (SNC)
- Reacciones de intolerancia a sustancias o medicamentos: antihistamínicos, antiasmáticos, simpaticomiméticos, esteroides, haloperidol y pimozide,

ISRS, antipsicoticos, y preparaciones galénicas prescritas o no, sin olvidar las píldoras de adelgazamiento o las medicaciones para resfriados.

Es fundamental prestar atención especial a la patología comórbida, que se puede mostrar como:

- Trastornos del humor
- Hipercinesia (Trastornos de atención con o sin hiperactividad y/o impulsividad)
- Trastorno de adaptación
- Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, (alcohol y otras)
- Trastornos de personalidad (temperamento, carácter)
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos somatomorfos
- Tics
- Tricotilomania
- Trastorno reactivos de la vinculación
- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Esquizofrenia
- Terrores nocturnos.

Y por último se debe realizar un buen diagnóstico específico de ansiedad entre las siguientes patologías:

- Trastorno de ansiedad de inicio en la niñez y adolescencia: trastorno de ansiedad de separación
- Trastornos de ansiedad que afectan a niños, adolescentes y adultos
- trastorno de ansiedad generalizado
- fobias especificas
- fobia social
- trastorno de pánico
- trastorno obsesivo-compulsivo
- trastorno por estrés postraumático.

Tratamiento

El abordaje terapéutico puede realizarse a través de diversos medios o combinándolos siendo la aproximación multimodal el tratamiento de elección.

En niños preescolares se ha demostrado que el vínculo inseguro entre los padres y el niño puede ser un factor importante en el desarrollo de síntomas de ansiedad en bebés y en niños en edad preescolar, el tratamiento centrado en mejorar la interacción entre padres e hijo es decisivo.

Se ha demostrado que el ayudar a los adultos ansiosos a resolver las pérdidas y las experiencias traumáticas del pasado mejora la relación padres-hijo. Trabajar con los padres o con la díada padres-hijo es una medida preventiva para la ansiedad y los trastornos de ansiedad más adecuada que tratar individualmente a los niños en edad preescolar.

Asimismo, prestar atención a los factores temperamentales es también una medida preventiva.

En general, en niños escolares y adolescentes, es necesario realizar un abordaje multimodal para tratar a un niño o un adolescente con un trastorno de ansiedad.

Terapia cognitivo-conductual

Integra un abordaje conductual y las técnicas cognitivas. Las técnicas cognitivas se centran en la reestructuración de los pensamientos ansiosos de una manera más positiva, que darán como resultado conductas más asertivas y adaptativas.

En el trastorno de ansiedad por separación, el objetivo del tratamiento es facilitar la separación sin que el niño presente síntomas de ansiedad. Los estudios han mostrado que la exposición así como la desensibilización sistemática son las intervenciones conductuales más efectivas en este tipo de trastorno.

Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, la terapia cognitivo-conductual se muestra efectiva en la mejora del trastorno y se ha demostrado que en los meses de seguimiento las ganancias del tratamiento siguen presentes.

La desensibilización sistemática ha mostrado su eficacia en el tratamiento de las fobias específicas en niños.

Psicoanálisis

Los datos clínicos sobre el tratamiento psicoanalítico de la ansiedad infantil consisten en informes de casos. Aunque la mayoría de éstos informan sobre resultados favorables, son cuestionables a causa de la falta de grupos de comparación, la ausencia de pre-tratamientos estandarizados y medidas post-tratamiento, y la descripción incompleta de las intervenciones.

Existe una escasez de estudios sistemáticos relacionados con los meritos relativos del tratamiento psicoanalítico a largo plazo.

Terapia psicodinámica

La psicoterapia psicodinámica es un derivado del psicoanálisis infantil. Algunas de las diferencias incluyen citas menos frecuentes, mayor participación de los padres en el tratamiento, y una utilización mas explicita de apoyo activo, guías prácticas e intervenciones ambientales.

Este enfoque está centrado en los miedos y ansiedades subyacentes. Los temas claves del tratamiento de niños con un trastorno de ansiedad incluyen la resolución de algunos aspectos de la separación, independencia y la autoestima.

Los padres deben involucrarse en el tratamiento de forma que aprendan a entender la necesidad de los pacientes para reasegurarse y animar al niño a ser más independiente. Los padres pueden necesitar resolver sus propios factores sobre la separación y otras fuentes de la ansiedad, porque pueden exagerar los miedos o comunicar ambivalencia sobre la seguridad del niño y su autonomía.

Las intervenciones padres-hijo pueden incluir el ayudar a los padres a animar a los niños a enfrentar nuevas situaciones más que refrenarlos de criticismo e intrusividad en exceso, respondiendo a las necesidades del niño, y animándolos a enrolarse en actividades a pesar de la ansiedad.

Esta aproximación terapéutica esta ampliamente practicada y aceptada; un gran numero de informes de casos documentan su utilidad en casos individuales.

Diversos estudios ilustran la utilidad potencial de las técnicas de la terapia de juego para prevenir o mejorar los síntomas de ansiedad.

Terapia Familiar

La teoría familiar observa los síntomas de ansiedad en los términos interpersonales, y postula que los síntomas de la ansiedad reflejan problemas en el sistema familiar. La investigación de la terapia familiar se ha centrado en las variables familiares para la transmisión entre generaciones de los síntomas y en el mantenimiento de la psicopatología.

Las ansiedades paternales y las actitudes hacia situaciones potenciales productoras de temores pueden ser comunicadas al niño de forma explicita o implícita. Uno o ambos padres puede tener preocupaciones intensas sobre los daños de la separación. En el trastorno de ansiedad por separación, la madre y el niño pueden tener una relación de simbiosis, mientras que el padre es declinado emocionalmente.

Algunos autores sugieren que trabajar con el sistema familiar es la mejor manera de disminuir los síntomas de ansiedad experimentados por el niño. El propósito de la terapia familiar es interrumpir los modelos interaccionales y disfuncionales de la familia que promueven la inseguridad familiar y apoyar las áreas de competencia familiar.

Tratamiento farmacológico

Los ansiolíticos deben considerarse parte de un plan múltiple de tratamiento. Los fármacos deben tenerse muy en cuenta en niños más mayores y en adolescentes y en aquellos con sintomatología grave. La comorbilidad diagnóstica y el perfil de efectos secundarios son factores importantes a considerar al seleccionar el tipo de ansiolítico.

Actualmente, las medicaciones seleccionadas para tratar los síntomas de la ansiedad incluyen los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (TCA).

Las benzodiacepinas son utilizadas a corto plazo para los síntomas de ansiedad. En caso de ansiedad aguda, es eficaz una benzodiazepina combinada con un ISRS o un TCA durante varias semanas hasta que el antidepresivo comienza a mostrar efectos beneficiosos, tras lo cual la benzodiazepina puede ser eliminada gradualmente.

Inhibidores selectivos de serotonina. Las ventajas de los ISRS incluyen los bajos efectos secundarios y la relativa seguridad ante la sobredosis. No existen prácticamente efectos secundarios cardiacos ni anticolinergicos. La ansiedad puntual y la agitación pueden suceder cuando se inicie o se aumente la dosis de ISRS, si bien se da la tolerancia a estos efectos colaterales. Los efectos beneficiosos en la conducta incluyen descanso motor y desinhibición del comportamiento. Otros efectos secundarios potenciales incluyen insomnio, dolores de cabeza, nauseas y diarrea.

Antidepresivos tricíclicos. Aunque están etiquetados como antidepresivos, los TCA también son utilizados para tratar los trastornos de ansiedad. La experiencia clínica sugiere que algunos niños y adolescentes con rechazo escolar basado en la ansiedad mejoran con los TCA. Asimismo, los informes de caso sugieren que los TCA son efectivos para tratar el trastorno de pánico en niños y adolescentes.

Benzodiacepinas. Diversos estudios indican que esta clase de fármaco puede ser útil para tratar los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes. Los ensayos clínicos indican que las benzodiacepinas son toleradas por los niños con efectos adversos mínimos. La sedación y la somnolencia son los efectos secundarios más comunes. Aunque la tolerancia y la dependencia de las

benzodiacepinas no ha sido estudiada en niños, estos fenómenos ocurren en adultos. A causa del potencial para la tolerancia y la dependencia en niños y adolescentes, se recomienda que las benzodiacepinas sean utilizadas solo para tratamientos de corto plazo. El abuso de sustancias en niños y adolescentes es una contraindicación relativa para prescribir las benzodiacepinas

Buspirona. Algunas experiencias clínicas con el buspirona sugieren efectos limitados ansiolíticos

Betabloqueantes. Son conocidos por bloquear los síntomas fisiológicos de la ansiedad. Los efectos secundarios pueden incluir la sedación, fatiga, hipertensión, bradicardia y síntomas gastrointestinales. Debido a la falta de datos en niños, los betabloqueantes generalmente no son considerados a menos que otra opción falle.

Antihistamínicos. La difenhidramina y la hidroxizina han actuado como modificadores de los síntomas de ansiedad en niños con varios trastornos psiquiátricos. Sin embargo, no existen estudios controlados virtualmente que evalúen su eficacia.

Neurolépticos. A causa de los riesgos de deterioro en el funcionamiento cognitivo y de la discinesia tardía, esta clase de medicación no está recomendada para tratar los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes.

Pronostico

Los estudios prospectivos y longitudinales muestran que en niños con un trastorno de ansiedad, la tasa de remisión del trastorno de ansiedad en el seguimiento a 4 o 5 años es de entre un 77% y un 82%.

Entre los que remite el trastorno, la mayoría (68%) lo hacen durante el primer año de seguimiento. De los trastornos de ansiedad estudiados, el trastorno de ansiedad por separación muestra la tasa de recuperación más elevada con un 96%, y el trastorno de angustia la tasa más baja de remisiones con un 70%.

Los factores predictores de una recuperación más lenta son la edad de inicio temprana y el ingreso a edades más tardías. El trastorno por ansiedad generalizada es el que tarda más en remitir.

Hay que tener en cuenta que el 30% de los niños con algún trastorno de ansiedad presenta nuevos trastornos psiquiátricos, y la mitad de estos niños desarrollan nuevos trastornos de ansiedad.

Algunos estudios establecen relación entre el trastorno de ansiedad por separación en la niñez y la agorafobia o trastorno de pánico durante la época adulta. En estudios retrospectivos, el 50% de los pacientes adultos presentaron trastorno de ansiedad por separación durante la niñez

Guía clínica de los trastornos de Ansiedad en la infancia y adolescencia

I. Evaluación

A. Entrevista con los padres:

1. Inicio y desarrollo de los síntomas
2. Evaluar el contexto (circunstancial relacional o físico-ambiental)
   a. Registrar los Síntomas :
      i. Determinar si la ansiedad se da por:
         i.i. Estímulo específico
         i.ii. Espontáneo
         i.iii. Es anticipatoria.
      ii. Evaluar y registrar la conducta de evitación
   b. Registrar los posibles factores de estrés
   c. Evaluar la clínica psicopatológica manifiesta:
      c.1. Síntomas psicopatológicos
      c.2. Rasgos de personalidad
      c.3. Conflictos internos
   d. Registrar la repercusión de los síntomas con la vida cotidiana del paciente (familia, escuela, etc.)
   e. Reforzadores positivos y negativos socioescolares y familiares de los síntomas
3. Antecedentes personales (desarrollo psicomotriz, etc.), con especial atención a:
   a. Temperamento
   b. Habilidad para calmarse o ser calmado (capacidad de contención...)
   c. Calidad de apego (nivel de vinculación)
   d. Adaptabilidad (tolerancia y flexibilidad)
   e. Ansiedad o no ante extraños y o/ a la separación
   f. Miedos, temores
4. Antecedentes patológicos personales (Historia médica):
   a. Registrar las atenciones en urgencias por cualquier motivo
   b. Ingesta de medicación ansiogena

c. Enfermedades

5. Escolaridad :
   a. Rendimiento académico, deportivo, social y de conducta
   b. Discrepancia entre el conocimiento potencial y el rendimiento
   c. Modalidades en su atención (en función del medio)
6. Evaluación psicosocial:
   a. estresantes ambientales
   b. hogar desorganizado
   c. abuso infantil o negligencia
   d. enfermedad mental o física
   e. muerte en familiares
   f. exposición al daño o violencia
   g. historia de separación o perdida
   h. nivel de relación con los amigos
   i. nivel de competencia social (habilidades sociales adquiridas)
7. Especificar en la historia familiar:
   a. Complicidades y funciones del niño en la dinámica familiar en el pasado. Evaluación de la dinámica relacional familiar actual.
   b. Evaluación de la relación especifica padres / hijo
   c. Factores nosógenos familiares (situaciones circunstanciales o continuas generadoras de malestar propias de la familia), recursos y estilo de relación en función de ellos.
   d. Relación y atención especifica a la presencia de Antecedentes psiquiátricos:
      i. trastornos de ansiedad
      ii. trastornos del humor
      iii. Trastornos de atención
      iv. Abuso de sustancias psicoactivas
      v. Tics
      vi. Trastornos psicóticos
      vii. Suicidio
   e. Manifestaciones de ansiedad como expresión de enfermedad orgánica (genuina o secundaria)
   f. Patrón de respuesta parental/familiar a las medicaciones

B. Evaluación clínica del niño:
   1. Descripción y registro de los síntomas, (incluyendo su repercusión relacional y personal)

2. Clínica objetiva (signos clínicos) de ansiedad:
   2.1. Tensión motora (hipertonía ansiosa)
   2.2. Hiperactividad, vigilancia (evitación, anticipación)
   2.3. Modificación expresiva del lenguaje (palilalia, parada simple, farfulleo, etc.)
   2.4. Resistencia a la separación y/o alejamiento
3. Puede ser de interés explorar y registrar la ansiedad a través del juego, expresión grafica (dibujo) o plástica (modelaje).

C. Práctica de entrevista estructurada o semi-estructurada para los diagnósticos de ansiedad y depresión

D. Evaluación objetivada en protocolo de información para los padres sobre los signos y síntomas de ansiedad agudos (administrado o proporcionado por el especialista)

E. Informe escolar obtenida de los profesores (previamente protocolizado en global y en específico para los síntomas y signos agudos de ansiedad.)

F. Evaluación psicométrica y neuropsicológica.

G. Descartar la presencia de alteraciones físicas o enfermedad orgánica subyacente
   1. Examen físico
   2. Consulta y solicitud de colaboración de la familia, pediatra o cualquier otro especialista que fuera oportuno

II. <u>Diagnóstico diferencial</u>

A. Considerar aquellas enfermedades orgánicas que pueden dar lugar a trastornos de ansiedad como síntomas de inicio (primera manifestación clínica del proceso)
   1. Hipoglicemia
   2. Hipertiroidismo
   3. Arritmias cardiacas, taquicardia
   4. Intoxicación por cafeína
   5. Feocromocitoma
   6. Migrañas
   7. Trastornos del sistema nervioso central (SNC)
   8. Reacciones de intolerancia a sustancias o medicamentos: antihistamínicos, antiasmáticos, simpaticomiméticos, esteroides, haloperidol y pimozide, ISRS, antipsicoticos, y preparaciones

galénicas prescritas o no, sin olvidar las píldoras de adelgazamiento o las medicaciones para resfriados

B. Atención especial a la patología comórbida:
   1. Trastornos del humor
   2. Hipercinesia (Trastornos de atención con o sin hiperactividad y/o impulsividad)
   3. Trastorno de adaptación
   4. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, (alcohol y otras)
   5. Trastornos de personalidad (temperamento, carácter)
   6. Trastornos de la conducta alimentaria
   7. Trastornos somatomorfos
   8. Tics
   9. Tricotilomania
   10. Trastorno reactivos de la vinculación
   11. Trastornos generalizados del desarrollo (*pervasive disorders*)
   12. Esquizofrenia
   13. Terrores nocturnos

C. Diagnóstico específico de ansiedad.
   1. Trastorno de ansiedad de inicio en la niñez y adolescencia: trastorno de ansiedad de separación
   2. Trastornos de ansiedad que afectan a niños, adolescentes y adultos
      a. trastorno de ansiedad generalizado
      b. fobias especificas
      c. fobia social
      d. trastorno de pánico
      e. trastorno obsesivo-compulsivo
      f. trastorno por estrés postraumático

III. <u>Tratamiento del trastorno de ansiedad de separación</u>.

A. Estrategia psicoeducativas
   1. Información a los padres y otras personas significativas sobre el proceso y sus opciones de tratamiento y pronóstico
   2. Información al niño o adolescente en forma apropiada a su edad
   3. Informar y colaborar con el personal escolar cuando la clínica involucre la actuación o exija una mayor atención escolar
   4. Informar y colaborar con el especialista de atención primaria

B. Estrategia terapéutica

1. Programa conductual involucrando al niño o adolescente, padres, personal escolar y otras personas apropiadas
    a. Plan de separación (vuelta a la escuela, separación de la madre) tan pronto como sea posible. Generalmente, la tutoría dentro del propio hogar esta contraindicada
    b. Incluir técnicas como la desensibilización sistemática, exposición con prevención de respuesta, extinción, y técnicas operantes
2. Intervenciones familiares que incluyen, pero no se limitan a ello, la terapia familiar, intervenciones a padres-hijos y guía /orientación parental
    a. Apoyo familiar del niño en aumento de su autonomía y competencia
    b. Modificación del funcionamiento familiar (de las dinámicas erróneas) y supresión o disminución de las limitaciones para facilitar la resolución de los síntomas
3. Estrategia psicoterapéutica individual
    a. Terapia cognitiva y de conducta
    b. Terapia psicodinámica y/o psicoanalítica.

C. Intervenciones farmacológicas
1. Tricíclicos. Eficacidad controvertida y demostrada. Su uso obliga a controlar:
    a. Pulso y presión sanguínea
    b. Electrocardiograma antes de iniciar la medicación
    c. Monitorización adicional de ECG cuando las dosis excedan 3.0 mg/kg por día
    d. Niveles de serum cuando exista preocupación sobre la falta de respuesta clínica y toxicidad.
2. Benzodiazepinas. Los datos sobre el uso de benzodiazepinas en niños es escaso, se usan en la ansiedad anticipatoria y en el trastorno de pánico. Debido a su capacidad adictiva, la valoración de riesgo/beneficio es necesaria
3. ISRS. son efectivos en el manejo de los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes
4. Betabloqueantes. Se desconoce la repercusión del uso de betabloqueantes en niños. Su utilidad para el tratamiento de los trastornos de ansiedad es limitada.

5. Otras medicaciones. Al reconocer que los síntomas somáticos son manifestaciones de ansiedad, su tratamiento sintomático asociado puede ser beneficioso en algunos individuos
6. Neurolépticos. Sólo en indicaciones concretas tales como el trastorno de Tourette o psicosis, el uso de neurolépticos para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes esta recomendado

D. Hospitalización parcial o tratamiento hospitalario cuando:
1. La importancia de los síntomas obliga a su hospitalización
2. Existe deterioro funcional significativo y falla el tratamiento básico
3. El sistema familiar o comunitario no dispone de recursos suficientes para ayudar convenientemente al niño

IV. <u>Tratamiento de otros trastornos de ansiedad**</u>

A. Trastorno de ansiedad generalizado (incluye trastorno de ansiedad generalizada en la niñez).
1. Estrategias psicoeducativas
2. Estrategia psicoterapéutica individual
   a. Psicoterapia cognitiva y de conducta para abordar las preocupaciones excesivas sobre la capacidad de competencia
   b. Psicoterapia psicodinámica o psicoanalítica para dirigir factores de conflictos internos, dependencia o autonomía
3. Intervenciones familiares
4. Intervenciones farmacológicas.
   a. Tricíclicos. Eficacia demostrada en adultos, en niños se desconoce la eficacidad.
   b. Benzodiazepinas. Se usan en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Su uso en niños es escaso.
   c. Otras medicaciones. Al reconocer que los síntomas somáticos son manifestaciones de ansiedad, su tratamiento sintomático asociado puede ser beneficioso en algunos individuos.

B. Fobias específicas (antes fobia simple).
1. Informar sobre las opciones de tratamiento para el paciente, involucrando a los padres e hijo como parte del equipo de tratamiento.
2. Psicoterapia cognitiva y de conducta, incluyendo desensibilización sistemática y exposición con prevención de respuesta.
3. Psicoterapia familiar.

C. Fobia social (el mutismo social es un tipo de fobia social). El tratamiento consiste en lo siguiente:

1. Informar sobre las opciones de tratamiento para el paciente, involucrando a los padres e hijo como parte del equipo de tratamiento.
2. Psicoterapia cognitiva y de conducta para promocionar la experiencia exitosa en relaciones sociales.
3. Psicoterapia individual o de grupo para desarrollar el sentido de uno mismo, abordando conflictos internos y promocionando los factores sociales, involucración de los amigos o grupo de iguales. Un niño con mutismo selectivo puede beneficiarse de involucrarse en un grupo con amigos habladores.
4. Intervención familiar
5. Intervenciones farmacológicas
   a. Los ISRS son el tratamiento de elección para los adultos con fobia social. La investigación preliminar muestra la eficacidad de los ISRS para niños y adolescentes con fobia social y mutismo selectivo.
   b. El Alprazolam, fenelzine y betabloqueantes (propranolol) se usan para tratar la fobia social de los adultos, pero se desconoce su repercusión en niños y adolescentes y por ello no están recomendados .

D. Trastorno del pánico. Tratamiento que consiste en lo siguiente:
1. Informar al paciente y familia sobre el proceso y sus opciones de tratamiento y pronóstico.
2. Informar y colaborar con el personal escolar cuando la clínica involucre la actuación o exija una mayor atención escolar.
3. Informar y colaborar con el especialista de atención primaria.
4. Intervención farmacológica. Los tricíclicos, IMAOs, y BNZs se utilizan en adultos siendo los ISRS el tratamiento de elección del trastorno del pánico en adultos. Éstos deben considerarse en trastornos de pánico infantiles y adolescentes.
5. Psicoterapia cognitiva y de conducta para episodios de pánico, ansiedad anticipatoria y conducta de evitación.
6. Psicoterapias psicodinámicas individuales, en grupo o familiares para conflictos psíquicos, interpersonales o familiares que están complicando la recuperación o contribuyendo a los síntomas.

Referencias Bibliográficas:

Algar Pinilla, J., Miguel Tobal, F., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología. Departamento de Psicobiología. (1998). Ansiedad y estrés en los estudiantes de odontología. Tesis doctoral.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, text revision (4th ed. Rev.). Washington: Author.

Andrews, G. (2003). The treatment of anxiety disorders: clinician guides and patient manuals (2nd ed.). Cambridge, UK; New York, NY: Cambridge University Press.

Ayuso Gutiérrez, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Martínez Roca.

Baeza Villarreal, J. C. (1995). Afrontamiento espontáneo contraproducente en trastornos por ansiedad. Bellaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Bayer, L. N. (2000). Uneasy lives: understanding anxiety disorders. Philadelphia, PA: Chelsea House Publishers.

Bellenir, K. (1999). Mental health disorders sourcebook: basic consumer health information about anxiety disorders, depression, and other mood disorders (2nd ed.). Detroit, MI: Omnigraphics.

Bobes García, J. (2001). Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona, etc.: Masson.

Bragado Alvarez, M. d. C. (1994). Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Caballo, V. E., Carrobles, J. A. I., & Buela Casal, G. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. vol.1, Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. Madrid: Siglo XXI editores de España.

Calvo, M. G., & Cano-Vindel, A. (1997). The nature of trait anxiety: Cognitive and biological vulnerability. European Psychologist, 2(4), 301-312.

Campbell, N. M. (2002). Panic disorder. Mankato, Minn.: LifeMatters.

Cano-Vindel, A. (1989). Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad. / Cognition, emotion and personality: a study focused in anxiety. Madrid: Universidad Complutense.

Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluacion de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). / Evaluation of anxiety from an interactive and multidimensional focus: The Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA). Psicología Contemporánea, 6(1), 14-21.

Casado Morales, M. I., Miguel Tobal, J. J., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Basica II (Procesos Cognitivos. (2001). Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos [Recurso electrónico]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Christensen, C. (2003). Power over panic: answers for anxiety. Colorado Springs, Colo.: Life Journey.

Craske, M. G. (1999). Anxiety disorders: psychological approaches to theory and treatment. Boulder, CO: Westview Press.

Dacey, J. S., & Fiore, L. B. (2000). Your anxious child: how parents and teachers can relieve anxiety in children / John S. Dacey, Lisa B. Fiore; with contributions by G.T. Ladd (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Davidson, R. J. (1998). Neuropsychological perspectives on affective and anxiety disorders. East Sussex, UK: Psychology Press.

DiTomasso, R. D., & Gosch, E. A. (2002). Comparative treatments for anxiety disorders. New York: Springer Pub.

Echeburúa, E. (1992). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Fundación Universidad-empresa.

Echeburúa, E. (1993). Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid: Ediciones Pirámide.

Echeburúa, E. (2002). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.

Echevurúa Odriozola, E. (2000). Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ellison, J. M. (1996). Integrative treatment of anxiety disorders (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Emilien, G. (2002). Anxiety disorders: pathophysiology and pharmacological treatment. Basel; Boston: Birkhäuser.

Espada, F. J., Torres, P., Cano-Vindel, A., & Ochoa, E. F. L. (1994). Evaluación de trastornos de ansiedad: Diferenciación en los tres sistemas de respuesta y areas situacionales. / Assessing anxiety disorders: Three response systems and situational areas. Clinica y Salud, 5(2), 209-217.

Essau, C., & Petermann, F. (2001). Anxiety disorders in children and adolescents: epidemiology, risk factors, and treatment. Hove, East Sussex; New York: Brunner-Routledge.

Eysenck, M.W. (1997). Anxiety and cognition: A unified theory. Hove, UK: Psychology Press.

Eysenck, M.W. y Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. Ansiedad y Estrés, 3, 121-134 (Monografía 'Técnicas de reducción de ansiedad')

Fernández-Abascal, E. G., & Cano-Vindel, A. (1995). Actividad cognitiva. / Cognitive activity. In E. G. Fernández-Abascal (Ed.), Manual de Motivación y Emoción (pp. 113-160). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Fink, G. (Ed.) (2000). Encyclopedia of Stress. San Diego: Academic Press.

First, M. B., & Tasman, A. (2004). DSM-IV-TR mental disorders: diagnosis, etiology, and treatment. Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ: J. Wiley.

Friedman, S. (1997). Cultural issues in the treatment of anxiety. New York: Guilford Press.

González-Ordi, H. (1997) (Ed.) Técnicas de reducción de ansiedad. Murcia: Compobell (Ansiedad y Estrés, 3(2-3), pp. 115-358, número monográfico).

Griez, E. J. L. (2001). Anxiety disorders: an introduction to clinical management and research. Chichester; New York: Wiley.

Gutiérrez Calvo, M. (2000). Estrés, ansiedad y eficiencia. Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna.

Hales, R. E., Yudofsky, S. C., & American Psychiatric Association. Meeting. (1996). Practical clinical strategies in treating depression and anxiety disorders in a managed care environment. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Hernández, J.M., Pozo, C. y Polo, A. (1994). La ansiedad ante los exámenes. Un programa para su tratamiento de forma eficaz. Valencia: Promolibro.

Hovanec, E. M. (2000). Everything you need to know about phobias (1st ed.). New York: Rosen Pub.

Husain, S. A., & Kashani, J. H. (1992). Anxiety disorders in children and adolescents. Washington [etc]: American Psychiatric Press.

Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9° edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003.

Kasper, S., Boer, J. A. d., & Sitsen, J. M. A. (2003). Handbook of depression and anxiety (2nd ed.). New York: M. Dekker.

Kaufman, M. (2001). Overcoming teen depression: a guide for parents. Buffalo, N.Y.: Firefly Books.

Klein, R. G., & Last, C. G. (1989). Anxiety disorders in children. Nerbury Park (California): Sage.

Last, C. G., & Hersen, M. (1988). Handbook of anxiety disorders. New York; Oxford: Pergamon.

Lazarus, R.S. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: DDB.

LeDoux, J.E. (1999). El cerebro emocional. Barcelona: Ariel/Planeta.

Leibenluft, E. (1999). Gender differences in mood and anxiety disorders: from bench to bedside. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Lindemann, C. G. (1996). Handbook of the treatment of the anxiety disorders (2nd ed.). Northvale, N.J.: J. Aronson.

Lobo, A., & Campos, R. (1997). Los trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: EMISA.

Maser, J. D., & Cloninger, C. R. (1990). Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Mavissakalian, M., & Prien, R. F. (1996). Long-term treatments of anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Méndez, F.X. y Maciá, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Pirámide

McLean, P. D., & Woody, S. R. (2000). Anxiety disorders in adults: an evidence-based approach to psychological treatment. Oxford; New York: Oxford University Press.

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1986). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual. / Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA). Manual (1 ed.). Madrid: TEA..

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1989). Avances en la evaluación de la ansiedad y sus implicaciones en la elección del tratamiento. Terapia del Comportamento. Giornale Italiano di Scienza e Terapia del Comportamento, 22-23, 125-128.

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1990). Progresos en el tratamiento de la ansiedad. Adecuación de las técnicas terapéuticas a las características individuales. In C.O.P. (Ed.), Psicología y Salud: Psicología de la Salud (pp. 270-274). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos (COP).

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. / Differential profiles in anxiety disorders. Ansiedad y Estrés, 1(1), 37-60.

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. / Emotion and Therapy: Psychopathology of the emotions. In F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.), Psicología de la Motivación y la Emoción (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.

Montgomery, S. A., & Boer, J. A. d. (1998). SSRIs in depression and anxiety. Chichester; New York: J. Wiley.

Montgomery, S. A., & Boer, J. A. d. (2001). SSRIs in depression and anxiety (2nd ed.). Chichester; New York: Wiley.

Morris, T. L., & March, J. S. (2004). Anxiety disorders in children and adolescents (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Noyes, R., & Hoehn-Saric, R. (1998). The anxiety disorders. Cambridge, UK; New York, NY, USA: Cambridge University Press.

Nutt, D. J., & Ballenger, J. C. (2003). Anxiety disorders. Malden, Mass.: Blackwell Science.

Ollendick, T. H., King, N. J., & Yule, W. (1994). International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. New York: Plenum Press.

OMS (1992). CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

Pérez-Nieto, M. A., & Cano-Vindel, A. (1998). Intervención en fobia social: caso clínico. Psicologia.com [On line], 2(2), Disponible en www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm.

Silva, F. (1996). Algunas cuestiones metodológicas en la evaluación de la ansiedad. Ansiedad y Estrés, 2(2-3), 119-130.

Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (1996). Anxiety and phobic disorders: a pragmatic approach. New York: Plenum Press.

Silverman, W. K., & Treffers, P. D. A. (2001). Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment, and intervention. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press.

Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press (Versión española, 1982, Madrid: TEA, Ediciones).

Stein, D. J. (2004). Clinical manual of anxiety disorders (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Stein, D. J., & Hollander, E. (2002). The American Psychiatric publishing textbook of anxiety disorders (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Strupp, H. H., & Horowitz, L. M. (1997). Measuring patient changes in mood, anxiety, and personality disorders: toward a core battery. Washington, DC: American Psychological Association.

Taylor, J.A. (1953). A personality Scale of Manifest Anxiety. Journal of Abnormal & Social Psychology, 48, 275-280.

Tobeña Pallarés, A. (1986). Trastornos de ansiedad: orígenes y tratamiento. Barcelona: Alamex.

Turner, T. H. (2003). Anxiety: your questions answered. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone.

Vallejo Ruiloba, J., & Gastó Ferrer, C. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona [etc]: Salvat.

Varela, P. (2002). Ansiosa-mente. Claves para reconocer y desafiar la ansiedad. Madrid: La esfera de los libros.