



11241
20/1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DEPTO. DE PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL**

“LA ANSIEDAD EN LA NIÑEZ”

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A :

AMANCIO ANTONIO ABREGO RUIZ

MEXICO, D. F.

1982

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" LA ANSIEDAD EN LA NIÑEZ "

I).- GENERALIDADES .

a) Introducción.

b) Aspectos Neuroanatómicos.

c) Aspectos Neuroendocrinológicos.

d) Aspectos Psicodinámicos.

(bases del desarrollo de la ansiedad y sus fuentes)

II).- ANSIEDAD NORMAL Y PATOLOGICA.

III).- CLASIFICACION (según el DSM III)

a) Trastornos de ansiedad de separación.

b) Trastorno de la evitación .

c) Trastorno Hiperansioso .

IV).- DESCRIPCION CLINICA .

a) Epidemiologia .

b) Causas y Factores Predisponentes.

c) Características Esenciales .

d) Características Asociadas .

e) Otras Características .

f) Examen Psiquiatrico .

V).- DIAGNOSTICO .

VI).- BIBLIOGRAFIA .

INTRODUCCION

El concepto de ansiedad forma el eje central para el entendimiento de las dificultades del desarrollo ,formación de síntomas y los síndromes clínicos en paidopsiquiatría.

Atraves de la interacción de la ansiedad en los procesos del pensamiento y de respuestas de comportamiento y fisiológicas ,el desarrollo del niño toma un giro en una forma interactuual o transaccional. Esta interacción empieza en una forma rudimentaria cuando el recién nacido experimenta incomodidad y una elevación de las percepciones ,de las reacciones corporales internas o una sensación inicial de patrones de perplejidad en cuanto a la percepción del mundo externo,por lo que los procesos internos y la tensión del mundo externo se continua formando en los casos patológicos tales como los más o menos bien definidos "síndromes de ansiedad" de separación ,de evitación así como las alteraciones hiperansiosas en periodos infantiles más tardios .

ASPECTOS NEUROANATOMICOS

SISTEMA LIMBICO :

La parte más antigua del cerebro fué originalmente una zona Ríncefálica-pueden diferenciarse en términos generales dos sistemas ; El Amigdaloides y el Hipocámpico. Ambos se complementan el uno al otro , comparten las vías - aferentes y eferentes, tienen las mismas características estructurales generales y tienen proyecciones talámicas y corticales muy amplias. Las vías - aferentes largas comprenden las fibras del córtex de asociación temporal, el ramo medial del prosencéfalo y la zona Septal . Los eferentes bien conocidos son el Fórnix, la Vía Mamilotalámica y Mamilotegmental y en cierto modo el Fascículo uncinado y el Fascículo cingulado.

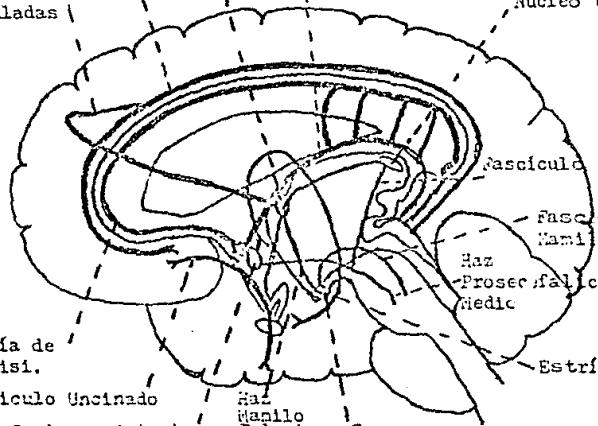
Núcleo Talámico anterior

Fascículo cingulado

Fibras Talámico Cinguladas

Fórnix

Núcleo de la Habérnula



Fascículo Habernulo peduncular

Fascículo Mamilotegmentario

Haz Procefálico Medial

Estría Terminal

Estría de Lancisi.

Fascículo Uncinado

Comisura Anterior

Haz Mamilotalámico

Cuerpo Mamilar

Fibras de unión aferentes y eferentes del sistema Límbico, vistas del lado mesial del hemisferio cerebral derecho. (no figuran el uncus ni el hipocámpo).

Existen amplias proyecciones hacia el córtex (frontal), el Estriado, el Tálamo, el Hipotálamo y el tallo cerebral.

Esto puede ser interpretado como el Sistema Límbico es una estación integrativa muy compleja. Los datos neurales del córtex temporal de asociación que ya constituyen una información muy organizada, son transducidos en el sistema Límbico, a la atención dirigida a una finalidad y a un comportamiento orientado a un trabajo como el aprendizaje discriminativo de impulsos.

Los tipos de información se analizan, se clasifican y modifican en el Sistema Límbico. Más tarde existen intercambios y se inician modos de respuestas adecuados con activación de sets de comportamiento complejo que sirven para adaptación al medio externo, como movimiento automático, cambios posturales, control de orientación, lucha o huida, comportamiento durante el coito, vocalización, deglución y movimientos expresivos de la cara a través del córtex y el estriado. Las vías eferentes hacia el tálamo, se ocupan de la adaptación al medio interno; tipos de impulsos muy diferentes e integrados se encargan de la pilo-erECCIÓN, regulación de la temperatura corporal y funciones gastro intestinales y viscerales.

Las conexiones con el córtex temporal, Cíngulo, Córtex Orbito/Frontal, podrían ser encargados de la atención y capacidad cognoscitiva. En líneas generales las zonas que incluyen el Septum, Los Nucleos Preopticos y perifornicales, así como las zonas de la región Hipotalámica Periventricular y la zona Mesencefálica Periventricular (de la cual nace un número bastante grande del ramo medial catecolaminérgico del Prosencéfalo), están muy relacionadas con el Dolor y la Ansiedad. Estas Zonas, y aquellas partes del sistema Límbico encargadas principalmente de las funciones autónomas, pueden ser imaginadas como estaciones de transacción donde se origina el tono emocional y los pensamientos, sensaciones e impresiones reciben el toque reverberante que proporciona al organismo la riqueza del sentimiento consciente.

Se ha postulado que las emociones son estados producidos por acontecimientos reforzados en el Sistema Nervioso Límbico.

Se distinguen por lo menos tres circuitos en el Sistema Límbico - separados aunque interaccionante entre sí y muy relacionados a la emoción.

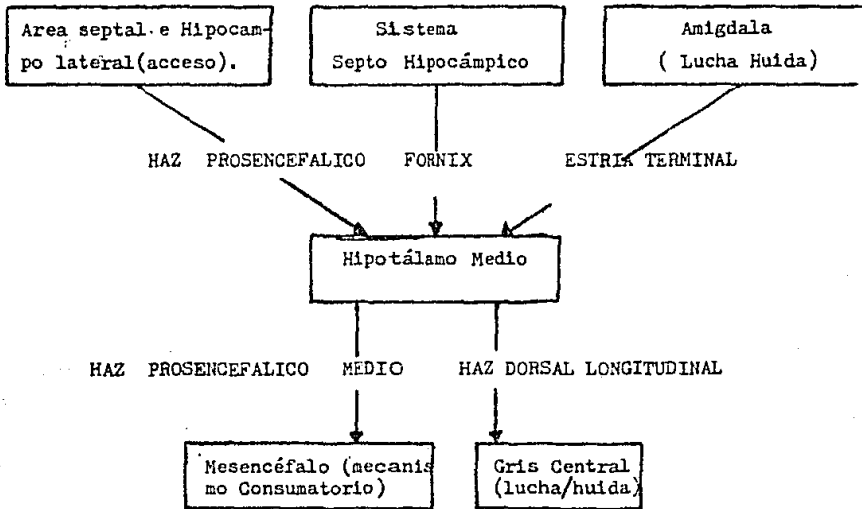
- 1).-La propia estimulación, Sistema de Premio o acercamiento constituido en su mayor parte por el ramo medial del prosencéfalo, el Hipotálamo Lateral, y la zona Septal. La agresión está mediado por este sistema.

- 2).-El Sistema de Inhibición de Comportamiento Septo/Hipocampo, incluida la formación activadora reticular ascendente, la zona Septal Media, el Córtex Orbito/Frontal, el Hipocampo y el núcleo Caudado. Este sistema inhibe el comportamiento que es seguido de falta de recompensa (frustración) o de CASTIGO.

- 3).-El sistema de lucha/huida o de agresión defensiva comprende la amígdala, estría terminal, hipotálamo-Medial, ramo Longitudinal Dorsal de Schütz y sustancia gris central mesencefálica. Se cree que la ANSIEDAD está ligada al sistema de inhibición Septo/Hipocámpico.

Estas estructuras mencionadas obviamente que se rigen por un sistema de Neurotransmisores, a la fecha los sistemas más importantes de Neurotransmisión, son:

- 1).- Sistema Neuronal Dopaminérgico Nigro/Estriado, con neuronas que contienen dopamina en la sustancia nigra y terminaciones dopaminérgicas en los ganglios grises de la base del cerebro.



Interrelaciones entre los tres sistemas emocionales. El Hipotálamo medio parece actuar como un punto nodal en la resolución de las influencias centrífugas de estructuras límbicas. Promueven la conducta de aproximación (desde el área septal por la vía del HAZ Prosencefálico) o conducta de Lucha/Huida (desde la amígdala por la vía estria terminal). El hipocampo - medio puede inhibir ambas posibilidades por su control de las vías comunes finales en el mesencéfalo, y esta inhibición se intensifica por influjos procedentes del sistema de paro Septohipocámpico por la vía del Fórnix y - cuerpos mamilares .

- 2).- Sistema Noradrenergico, cuyos cuerpos celulares se pueden seguir hasta el núcleo reticular Lateral del Bulbo Raquídeo y cuyas fibras ascienden por las porciones laterales del Mesencéfalo y más tarde por el fascículo medio del cerebro anterior estableciendo conexiones con el Neocórtex, el Hipotálamo, con el Hipocampo, el Septum y la Amígdala.

- 3).- Sistema Serotonérgico, Las neuronas de origen de este sistema están casi exclusivamente situadas en los núcleos del complejo nuclear del raquídeo del mesencefalo y sus terminales se extienden hasta el telencefalo. Tambien la mayoría de las fibras viajan por el fascículo medio del cerebro anterior.

ASPECTOS NEUROENDOCRINOLÓGICOS

La excitación del S.N.A. en el curso de la ansiedad y otras emociones ha sido la primera manifestación Neurofisiológica estudiada. Este estado de excitación es complejo porque el simpático y parasimpático no funcionan de modo absolutamente antagonista, y también porque tiende a producirse un equilibrio específico en cada estado emocional. El funcionamiento del S.N.A., por añadidura, va estrechamente ligado al de las glándulas de secreción interna (especialmente Medula Suprarrenal). Así el Simpático y Parasimpático, por acción directa o por medio de secreciones endocrinas, constituyen el sistema de control y regulación de la expresión emocional.

Como sabemos la mayoría de los síntomas que se presentan en la crisis de ansiedad, son directamente el resultado de la descarga del S.N.A., en particular del Simpático, o a un aumento de catecolaminas en la medula adrenal.

Como se mencionó el S.N.A. se compone de dos subsistemas el Simpático y el Parasimpático, siendo el Hipotálamo el centro que se ocupa de activar e integrar el Simpático mientras que su parte anterior activa el Parasimpático

SISTEMA SIMPÁTICO :

La acción de este sistema permite al organismo reaccionar en situaciones de "Fuga o de Lucha", la activación de este sistema produce, aumento del pulso, y el gasto cardíaco, así como de la presión sanguínea, y la ventilación pulmonar, quedan inhibidas la salivación y las secreciones gástricas, las contracciones musculares en estómago e intestinos, dilatación pupilar y sudoración en palmas y plantas.

La glándula Suprarrenal se ve estimulada para secretar adrenalina y Noradrenalina, esto es favorecido por las reacciones simpáticas provocadas directamente por los nervios simpáticos (Corazón; incrementa ritmo y fuerza contractil). o mediante la acción sobre determinados centros cerebrales.

(puede mantener una respuesta general del sistema nervioso Simpático), -- la Adrenalina produce tambien ciertos efectos que no podrian producirse por estimulación neutra directa. Uno de los efectos más importantes de este tipo es el de que en el hígado hace transformar el glucógeno en glucosa, a fin de suministrar combustible metabólico adicional.

Cuando la Adrenalina circula produce vasoconstricción sanguínea en la piel y en las vísceras, la Noradrenalina también es secretada por las -- Suprarrenales ,pero es además la sustancia que toma parte en la transmisión química de los impulsos nerviosos, desde los nervios a los musculos lisos -- de las vísceras y los vasos sanguíneos.

SISTEMA PARASIMPATICO :

Este sistema funciona más bien para conservar, que para extender las facultades del cuerpo, de su activación resultan : una disminución del pulso, dilatación de los vasos sanguíneos de piel y vísceras, disminución de la presión sanguínea que tiende a disminuir el consumo de combustible del cuerpo. El estímulo Parasimpático promueve los procesos digestivos aumenta la actividad muscular y la secreción de jugos gástricos, favorece procesos evacuadores y contrae las pupilas.

INHIBICION RECIPROCA :

Esto significa las neuronas activadoras y las inhibidoras del S.N.A conectadas al mismo grupo muscular se encuentran también interconectadas a nivel medular y del S.N.C. de tal manera que la activación de un tipo de neurona inhibe la activación del otro tipo.

SISTEMA ADRENOCORTICAL PITUITARIO:

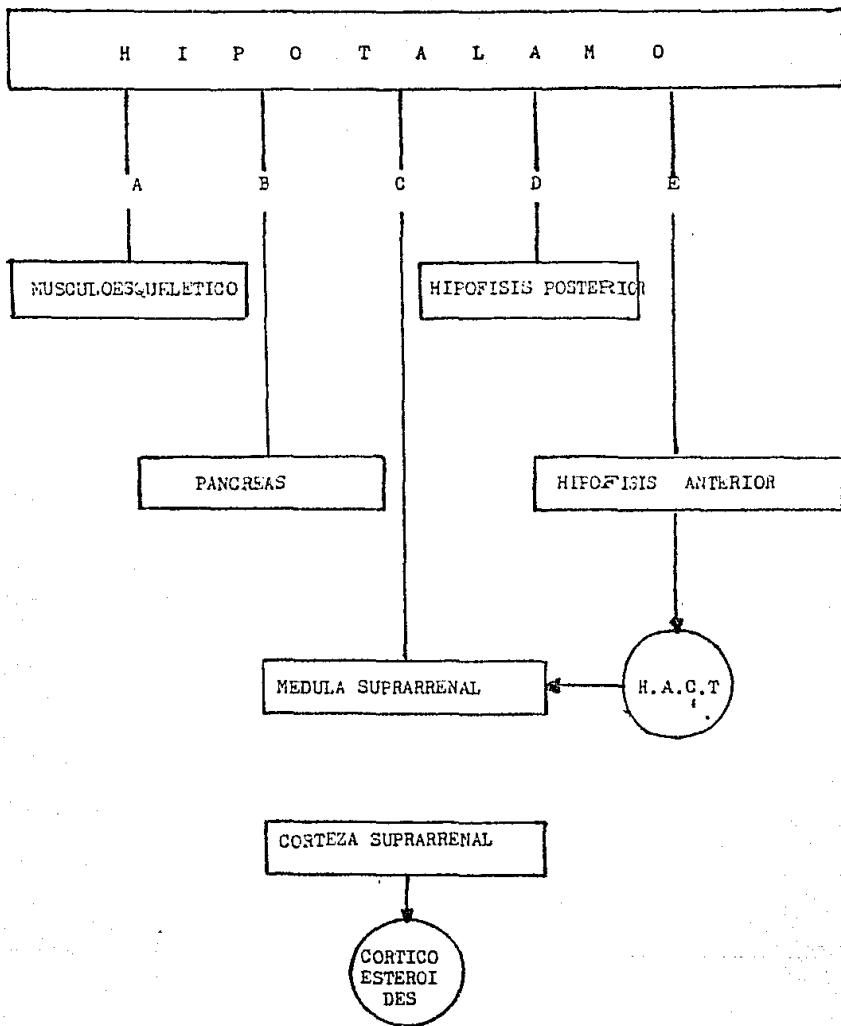
Este sistema es un aspecto del sistema endócrino intimamente ligado a las reacciones emotivas ante la tensión física como psicológica . Cuando se -- activa el Hipotálamo posterior en respuesta a una tensión física o psicológica , además de producir una respuesta simpática adrenal gral, libera -- hormonas que estimulan la cercana glándula Pituitaria para que secrete hormonas Adrenocorticotróficas (ACTH) y que fluya por la corriente sanguínea-

Esta hormona , a su vez determina que la glándula del córtex adrenal secrete hormonas ACTH que generalmente ayudan a que el organismo pueda responder a la tensión.

El sistema pituitarioadrenocortical parece ser responsable de casi todas las tensiones agudas y/o crónicas ,ya sean físicas o psicológicas y no parece mostrar rasgos distintivos asociados con reacciones emotivas diferentes. Se ha sugerido que en casos de ansiedad patológica, se produce un fallo en el mecanismo de inhibición reciproca , en el sistema Hipotálamico, de suerte que la fuerte excitación de un subsistema se desborda sobre el otro y produce los efectos parasimpáticos y Simpáticos mezclados . Se ha comprobado que en la reacción de ansiedad los pacientes muestran altos niveles de excitación Simpática y Adrenocortical.

ION LACTATO Y ANSIEDAD :

Otro descubrimiento que demuestra la alta susceptibilidad de excitación en pacientes ansiosos es la tendencia a ver que la Adrenalina inyectada produzca "ataques" de ansiedad agudos ,esto es, debido a una marcada producción de Lactato, a su vez inhibe el metabolismo del Calcio y el bajo nivel de esta substancia que resulta de ello en la sangre, es la causa de la reacción de ansiedad. así en la "Neurosis de Ansiedad", el paciente sería alguien especialmente propenso a este mecanismo a causa de la superproducción crónica de la adrenalina, de la hiperactividad del S.N.C., de un defecto en el metabolismo aerobio o anaerobio causa a su vez de un exceso en la producción de Lactato, de un defecto en el metabolismo del calcio o de una combinación de algunas de estas causas" ..



BASES DEL DESARROLLO DE LA ANSIEDAD

Si las necesidades infantiles fueran satisfechas perfectamente - por una figura maternal, presumiblemente no sería experimentada nunca la - ansiedad o los temores . Sin embargo una situación de esas nunca ocurre - y todos los niños deben soportar la incomodidad desde el principio de la - vida, pero que en cierta forma sirve de estímulo al niño para que intente - satisfacer sus propias necesidades , con lo que se va desarrollando en - forma incrementada , un concepto de la necesidad de satisfacer sus necesida - des en el futuro, que se incorporan al aparato psíquico del niño.

Conforme el aparato psíquico del niño se desarrolla y el Ego - progresivamente se va diferenciando la ansiedad cambia de forma por lo que la experiencia de la incomodidad o de lo displacentero , genera en el niño - una reacción difusa que lo sobrecoge y es mediada por su organismo entero - y que se transforma en una señal discreta de tensión externa e interna que - connota peligro y que llama a una respuesta real de parte del niño.

Los impulsos que presionan hacia la gratificación son manejados - por el Ego en desarrollo, ya sea a través de la capacidad para tolerar una - creciente cantidad de tensión permaneciendo capaz de funcionar con efectivi - dad (postergación del impulso) o a través de reconocer que el objeto que - genera la necesidad de gratificación se necesita cada vez menos .

Debido a que el niño tiene poca habilidad para abocarse con pre - cisión a los objetos y ha llegado a tener solo y parcialmente lo que se - llama "constancia de objeto" (trazo memorizado útil de un objeto cuando no - esta presente), y poca internalización del concepto de lo futuro esto lo - hace estar en una situación de gran riesgo para el desarrollo de la ansie - dad y reacciones de pánico ya que cada nuevo estímulo puede ser experimen - tado como potencialmente destructivo, desintegrativo o aniquilante .

La ansiedad tal y como la experimenta el Yo, es un elemento intrín - sico del desarrollo infantil, ocasionado por un lado, por el desamparo en que

se halla sumido el ser inmaduro y, por otro por la estructuralización, el desarrollo superior y la tensión resultante, cada vez más elevada entre las instancias internas .

Con respecto del desarrollo de la ansiedad, esta tiene varias observaciones , mismas que han hecho diversos autores y que a continuación se describen;

OTO RANK ha desarrollado la hipótesis del origen natal de la angustia o lo que se conoce con el nombre de "trauma del nacimiento" según este autor, considera a el nacimiento el prototipo de todo trauma. Este choque sería un reservorio de angustia y toda angustia posterior, tendría como fuente la "Angustia del nacimiento". Según O.Rank las sensaciones de esta angustia primaria son función en parte del modo de percepción de la tensión, en parte de la percepción de descargas vegetativas de defensas producidas involuntariamente.

S.FREUD , en un principio pensó que la ansiedad vendría siempre de la represión de las pulsiones libidinosas, para luego rectificar en el sentido de que lo primitivo es la ansiedad y posteriormente la represión.

Para R.SPITZ, la genesis de la ansiedad infantil durante los primeros meses de la vida se debe a la formación del objeto; y las distingue de las simples reacciones a estímulos.

Estadio preobjetal (uno a tres meses) ; En un primer estadio difícilmente se puede hablar de ansiedad verdadera ; se trata de estados de tensión fisiológica que se manifiestan en respuesta a las percepciones de desequilibrio interior.

Estadio del objeto precursor (tres a los seis meses) es aquí donde aparece la reacción de miedo, reacción que se dirige a un objeto del entorno físico (persona o cosa) con la cual el niño ha tenido experiencias desagradables. Cuando este objeto se presente de nuevo en su percepción, el niño tendrá una reacción de huida .

Estadio del Objeto Libidinal (de los ocho a diez meses); es cuando se presenta la denominada "angustia del octavo mes", esta se desencadena como una reacción frente a un extraño cuando la madre está ausente, Spitz emite la hipótesis de que el niño reacciona con displacer, ante la ausencia de la madre; la ansiedad que manifiesta no sería una reacción ligada al recuerdo de una experiencia desagradable con un extraño, sino una percepción intrapsíquica de la no/identidad del extraño con su madre.

Los estados de tensión, los fenómenos de descarga y las manifestaciones de displacer, según Spitz, se distinguirán fenomenológicamente de la ansiedad propiamente dicha, que no aparecer hasta el tercer trimestre.

Para MAHLER, la ansiedad se presenta en el periodo de "Simbiosis" descrito por ella y ocurre en el periodo comprendido entre los tres y ocho meses de edad, el niño percibe la representación de "sí mismo" y la de la madre como un solo objeto, funcionando ella como un Ego auxiliar y ayudando al infante a desarrollar límites del Ego, que definen y delimitan su prueba de realidad, tolerancia a la frustración o control de impulsos. La pérdida traumática de la "figura materna" o bien el rechazo del infante por la figura maternal produce lo que se conoce como "Ansiedad de separación", que es precursora y prototipo de toda ansiedad posterior.

BOWLBY Y ROBERTSON sitúan la ansiedad infantil en la separación de la madre, estas observaciones fueron hechas en niños de tres meses a cuatro años cuando eran separados de su madre, a quienes estaban muy ligados y puestos al cuidado de personas extrañas durante periodos prolongados de más de tres meses, observándose tres fases principales:

1).-De Protesta; puede relacionarse claramente con la separación y la ansiedad provocada por el alejamiento de la madre. constituye una lucha activa por recuperar la relación amenazada, mediante llantos, mal comportamiento, berrinches, pataleos, e intentos de escaparse y encontrar a la madre.

2).-De Desesperación; se expresa en dolor y duelo por la madre perdida. Puede manifestarse abiertamente en forma de llanto sollozo, quejidos o calladamente por una expresión de tristeza, rechazo de la comida, y-----

y dificultades para dormir .El niño permanecera acostado con los ojos abiertos sin poder conciliar el sueño, despertará repetidamente durante la noche. por ultimo la fase de :

3).- El despego o retraimiento; es una defensa contra los sentimientos de ansiedad o depresión .El niño se vuelve indiferente hacia las demas personas y procura aislarse .Parece desconfiar de todos, y evita encañarse por miedo a volver a ser herido por una separación.

ANA FREUD, enfatizó el concepto de ansiedad en el reconocimiento de la fuerza de los instintos del infante .En este oscuro y temprano periodo de la vida la fuerza de la colera del niño y sus impulsos destructivos pueden dejarle con un sentimiento de "ansiedad abrumadora", y señala como fuentes de ansiedad;

- a).-Ansiedad por la separación de la madre.
- b).-Miedo por la pérdida del objeto amoroso.
- c).-Ansiedad de Castración.
- d).-Ideas de culpabilidad por el desarrollo del SuperYo.

MELANIE KLEIN asevera que hay suficiente Yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas -- relaciones objetales en la fantasia y en la realidad. Esto no significa que al nacer el Yo se parezca mucho al de un bebé de seis meses. Al principio el Yo esta muy desorganizado, pero tiene desde el comienzo la tendencia a integrarse. Por lo tanto, en las primeras etapas del desarrollo el Yo es lábil, se halla en estado de constante fluencia ,variando su grado de integración.

Melanie Klein divide el desarrollo del niño en dos fases ; La Esquizoparanoide.- en esta fase el Yo inmaduro desde su nacimiento está expuesto a la Ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos. cuando tiene que verse enfrentado con aquella que le produce el instinto de muerte , El Yo deflexiona. Según Klein esta "deflexión" convierte el instinto de muerte, en agresión.

El Yo se escinde y proyecta el instinto de muerte en el objeto externo original; EL PECHO. Es así como el pecho llega a sufrirse como malo y amenazador para el Yo, dando origen a un "Sentimiento de persecución". De este modo el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor. Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal, proyectando la Libido en el pecho, a fin de crear un objeto que satisfaga la pulsión instintiva del Yo a conservar la vida .

De este modo, muy pronto el Yo tiene relación con dos objetos; El objeto primario, el pecho, está en tal etapa disociado en dos partes , el pecho ideal (bueno) y el pecho persecutorio (malo).

La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificantes de ser amado y amamentado por la madre que a su vez confirman dicha fantasía. Las fantasías de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor , atribuidas a los objetos persecutorios.

En esta fase "la ansiedad Paranoide" se da ante la amenaza de que el objeto u objetos se introdujeran en el Yo y aniquilarán tanto al objeto Ideal como al Yo.

Así las cosas, el objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí el objeto Ideal, e identificarse con este, que es para él quien le da vida y lo protege, y mantener fuera el objeto malo y las partes del yo que contienen el instinto de muerte.

Si el desarrollo se efectúa en condiciones favorables, el bebé siente cada vez más que su objeto ideal y sus propias pulsiones libidinales son más fuertes que el objeto malo y sus propias pulsiones malas, entonces se puede identificar cada vez más con su objeto Ideal, gracias a esta identificación, se va fortificando y capacitando para defenderse a sí mismo y al objeto Ideal.

Posteriormente se presenta la fase Depresiva en la cual el bebé reconoce un objeto Ideal (total) y se relaciona con dicho objeto. Esto se hace evidente cuando el bebé reconoce a la madre, esto significa que ya la percibe como un objeto total. Por lo tanto, el bebé percibirá a una madre que puede ser a veces buena y a veces mala, que puede estar presente o ausente , y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo. Comienza a percatarse de que sus experiencias buenas y malas no proceden de un pecho (bueno o malo), sino de la---

la misma madre que es a la vez fuente de lo bueno y lo malo.

Este cambio en la percepción del objeto se acompaña de un cambio fundamental en el Yo, pues a medida que la madre se convierte en objeto total el Yo del bebé se convierte en un Yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos.

A medida que prosiguen estos procesos de integración, el bebé reconoce más y más claramente que es una misma persona -el niño-quien ama y odia a una misma persona-su madre-. Se enfrenta entonces a los conflictos vinculados con su propia ambivalencia. Este cambio en el estado de integración Yoica y objetal trae consigo la "ansiedad Depresiva".

En conclusión podemos decir: que en la posición Esquizoparanoide el motivo principal de la ansiedad es que el objeto u objetos malos lleguen a destruir al Yo.

En la posición Depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé, es que sus propias pulsiones destructivas hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado, de quien depende totalmente ..

Cronología de la Ansiedad ; desde el punto de vista del desarrollo, hay una secuencia cronológica de acuerdo con la cual los miedos y ansiedades más comunes se localizan en las distintas fases instintivas en que surgen y de modo concomitante, con los peligros externos o internos hacia los que se dirigen.

En las fases iniciales del desarrollo del Yo, se correlaciona con los denominados "miedos arcaicos" del bebé, ellos son inevitables mientras el Yo carezca de recursos para enfrentar a los estímulos procedentes del ambiente o bien las tensiones del mundo interno, igualmente perturbadoras. Estos temores aumentan de intensidad y grado cuando el Yo es sensible o cuando la madre es incapaz de proporcionar el aliento y apoyo a que el bebé tiene derecho en esta etapa.

La etapa Simbiótica (fase de unidad biológica), va a ser importante en relación con el despertar de la "ansiedad de separación" (temor a la pérdida de objeto), dicha ansiedad cobra contornos sobrecogedores si el bebé es realmente separado de la madre, o si esta resulta poco confiable como objeto estable.

Cuando los objetos paternos se tornan representativos de la exigencia de control de impulsos, la dificultad del niño para complacerlos genera en él un temor al rechazo por parte del objeto, y miedo a la pérdida de amor de ese objeto. Como tales esos temores son signos de una incipiente adaptación moral preetapas positivas del desarrollo del super Yo.

En la etapa fálica, en el niño se revela un temor por la calidad de intacto de su órgano sexual, o sea, en una "angustia de castración". Sus frecuentes exacerbaciones corresponden con las luchas desatadas por el complejo de edipo. La angustia de castración representa una amenaza específica al desarrollo, debida a las regresiones de los impulsos que desencadena, y el ulterior rol que desempeñan en relación con la neurosis y la formación del carácter.

FUENTES DE LA ANSIEDAD

(Soledad, Vergüenza y Culpa)

Las condiciones que hacen que el niño se sienta en peligro de ser abandonado por sus padres crea ansiedad cuyo contenido específico es la Soledad.

La experiencia de sentirse humillado por los padres constituye una fuente de ansiedad cuyo contenido es la Vergüenza.

Asimismo la experiencia de ser castigado por los padres, es la base del miedo al castigo y, una vez que las normas y preceptos de los padres son aceptados como propios, se tiene el contenido específico de la Culpabilidad.

Soledad, Vergüenza y culpabilidad, son sentimientos que tempranamente experimentados por el niño en relación con situaciones específicas-amenazantes para su integridad se instalan y persisten en él en distintas proporciones. Una vez que el niño las ha experimentado, teme volver a encontrarse en aquellas situaciones que él prevé que podrían suscitarle tales afectos. Es decir los niños temen ser abandonados, humillados o castigados. Así el miedo a que dichas experiencias se repitan queda sepultado bajo las defensas erigidas para evitarlo.

El miedo reprimido es experimentado por el sujeto como un afecto sin contenido, en el que vagamente se percibe una amenaza ante la cual se es impotente y cuya verdadera naturaleza se ignora. El término ansiedad hace alusión a este miedo sin objeto aparente.

LA SOLEDAD :

"Es el afecto resultante de la insatisfacción de la necesidad básica en los seres humanos de experimentarse vinculados a otras personas".

El miedo a encontrarse solo es a través de la vida un importante regulador de la conducta.

El elemento común de los temores infantiles (estar solo, la oscuridad, estar con gente extraña, el ruido, etc) es la separación de su madre, lo cual representa para él una amenaza mortal. El miedo subyacente a quedarse solo, a no ser aceptado es la vergüenza y la culpabilidad. Las experiencias en que el niño experimenta soledad son inevitables; pérdida del pecho materno, en el destete, pérdida de la madre al ir a la escuela, etc.

Cuando el miedo a la soledad es reprimido, se convierte en ansiedad cuya fuente específica es la soledad que hace necesaria la utilización de defensas secundarias que refuerzan la represión.

LA VERGÜENZA :

Es una emoción más primaria que la culpa y la ansiedad derivada de ella es, en igualdad de circunstancias más intolerable ya que a los dos años un niño es susceptible de "avergonzarse", se experimenta vergüenza cuando el sujeto advierte que ha sido descubierta por otro su incapacidad para el logro de una meta vehementemente deseada, es decir que su conducta no es la prescrita EN los Usos y costumbres del grupo. En la vergüenza el peligro es quedar en ridículo, ser visto con burla o con menosprecio, ser huallado, así pues se experimenta vergüenza cuando "el niño se pone en evidencia". Las primeras experiencias del niño están en relación con sus padres. "El niño que es ridiculizado ó burlado" se siente inadecuado e indeseable y pronto teme a estas situaciones las que evita cuidadosamente para no incurrir en actos que susciten la aplicación de ese tipo de sanción. En los primeros años de la vida, el niño adquiere el concepto de lo "que es vergonzoso" y un código de dignidad y amor propio. Una vez que la crítica ha sido incorporada, ya no es necesaria su presencia, ya que continúa actuando desde dentro. La Vergüenza puede ocurrir sin la presencia real de otros.

Cuando el miedo a experimentar vergüenza es reprimido, hemos dicho que se convierte en ansiedad.

En la Ansiedad/Vergüenza el niño se caracteriza por su vulnerabilidad ante situaciones que amenazan real o supuestamente su dignidad, por la intensidad con que reaccionan ante esas amenazas la timidez es la constelación caracterológica típica de estos niños.

LA CULPABILIDAD :

"Es un afecto que se experimenta cuando se violan normas o preceptos morales que han sido aceptados como validos. y es función de la conciencia --moral".

Una vez que las normas de los padres han sido internalizadas, estas operan desde dentro, aumentando considerablemente su eficacia, ya que no es posible ocultarse de uno mismo.

Cuando el niño viola una norma, experimenta culpa, La culpabilidad es, como el sentimiento de soledad y el de vergüenza, un afecto doloroso que puede -- ser eliminado o reprimido del campo de advertencia y entonces actuar como -- una fuente específica de ansiedad.

Cuando através de experiencias infantiles la Ansiedad/Culpabilidad se instala en proporciones importantes , su manejo requiere defensas especiales cuya utilización repetida caracteriza la conducta del sujeto. Evitar -- la expresión de tendencias hostiles y autopunitivas , atribución de la culpa a otros usando la proyección , son algunas de las defensas usadas repetida -- mente en niños cargados de Ansiedad/Culpabilidad.

LA ANSIEDAD NORMAL Y PATOLOGICA

Como muchos trastornos psiquiátricos la ansiedad es un exceso - en mayor o menor grado de una emoción normal, la ansiedad es una experiencia humana universal ineludible, algo íntimamente relacionado con la vida del - ser humano. Puede identificarse como una respuesta general del individuo - ante situaciones que él identifica como destructivas o amenazantes para su vida organizada.

Quando la ansiedad tiende a ser crónica y persistente y que su -- intensidad no es proporcional al problema que la desencadena, estamos frente una ansiedad patológica, así pues las características de la ansiedad pato - lógicas son las siguientes:

- A).- Quando es desusadamente intensa .
- B).- Persiste por un tiempo prolongado.
- C).- Es impermeable a la explicación - objetiva.
- D).- Limita considerablemente la libertad de acción.

Quando los parámetros clínicos anteriores se cumplen estamos - frente a una ansiedad anormal en la niñez, asimismo esta ansiedad puede - clínicamente presentarse como ; Síntoma, Síndrome O Enfermedad. Se dice que es un síntoma cuando clínicamente no hay elementos acompañantes es Síndrome cuando los trastornos psíquicos y somáticos forman parte de un conjunto sintomático al lado de otros elementos, y puede denominarse "Enfermedad", cuando su causa es determinada en función de su gravedad y su fenomenología como una neurosis bien estructurada.

CLASIFICACION

El DSM III(Diagnostic Statistical Manual Of Mental Disorders) Le adjudica a las alteraciones del desarrollo infantil una posición primordial y los divide en:

- A).-TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACION
- B).-TRASTORNO DE EVITACION .
- C).-TRASTORNO HIPERANSIOSO.

En el primer caso la ansiedad es resultante de la separación de los padres, el hogar, u otros alrededores familiares. En los trastornos de evitación la ansiedad se enfoca en situaciones específicas en relación a establecer contactos interpersonales o relaciones satisfactorias con extraños, en el caso del trastorno hiperansioso el problema consiste en una ansiedad difusa que no está relacionada a una situación específica o a algún objeto o bien una situación de tensión. Por lo tanto los temores, fobias, algunas alteraciones del sueño, alteraciones en los viajes, inhibiciones, rehusarse a ir a la escuela y muchos síntomas asociados de índole psicofisiológica son incluidos en la categoría mencionada de último.

TRASTORNO EN LA ANSIEDAD DE SEPARACION

EPIDEMIOLOGIA. -

Debido a que él niño pasa por una serie de temores en su desarrollo , miedo de aniquilación, de la pérdida de la madre, de la fuerza de sus impulsos, de la pérdida o parte de la integridad de su cuerpo, de la ansiedad castigadora del Superego y de la culpa , es poco común el niño que no tiene experiencias transitorias de ansiedad, de separación basadas en uno u otro de los temores , sin embargo , las alteraciones de la ansiedad de separación son vistos más frecuentemente en la infancia temprana cuando son definidas como "Depresiones Anaclíticas".

Cuando a las niñas se les enseña a tomar roles pasivos en cierta forma desamparadas de la sociedad, las hace predispuestas a padecer alteraciones de "Ansiedad de Separación", las niñas que han tenido una relación intensa con la madre corren la misma suerte. Los niños debido a la mayor intensidad de la lucha edípica están más predispuestos a manifestar clínicamente la ansiedad de separación a la edad de tres a seis años cuando el desarrollo del Superego y la ansiedad internalizada, así como también la culpa, son elementos importantes.

Una fobia puede ser comunicada por una figura paterna, las mujeres más que los hombres han mostrado siempre una gran tendencia a tenerle miedo a los animales pequeños, a las tormentas, a los espacios abiertos y no son reconocidos como problemas clínicamente importantes. Los niños más que las niñas , han tenido siempre predisposición a manipularse sus genitales y, por lo tanto, más predispuestos a desarrollar "Ansiedad de Castración". Existe probablemente una base genética para la intensidad con que se experimenta la "Ansiedad de Separación" con los diferentes niños , sin embargo, algunos padres , parece que le "enseñan" a sus hijos a que sean ansiosos al sobreprotegerlos o exagerando las posibilidades de daño.

FACTORES PREDISPONENTES :

El patrón característico que se ha visto en muchos de estos niños incluye; el que sean demasiado conscientes, muy complacientes, y una tendencia a la conformidad. Las estructuras familiares tienden a ser muy estrechas y brindan muchos cuidados, siendo estos niños frecuentemente consentidos, u objeto de una sobreprotección de parte de los padres.

DESCRIPCION CLINICA :

Características Esenciales .- Las alteraciones más importantes son expresadas con desórdenes exagerados al separarse de los padres, el hogar u otros familiares que llegan a ser muy necesarios. Cuando el niño es separado la ansiedad puede ser sentida como terror o pánico. La reacción va más allá de lo normal de lo que se espera de un niño en su etapa de desarrollo y no puede hacerse responsable a ninguna otra alteración.

En muchos casos, la alteración es una forma de Fobia a pesar de que a lo que se tiene fobia no tiene objeto particular.

Los temores, las preocupaciones y las ruminaciones son características de esta alteración, el niño teme que alguien cercano a él sea lastimado o que algo terrible le pasará sobre todo a él si se separa de las figuras importantes. Muchos niños se preocupan de que algún accidente o alguna enfermedad afectará a sus padres o a ellos mismos, el temor de perderse o el temor de que sean robados y de que nunca puedan encontrar a sus padres. Los niños más pequeños tienen expresiones menos específicas y preocupaciones más generalizadas. En niños mayores, el temor de perderse puede incluir fantasías elaboradas de ser robados, lastimados, violados o esclavizados.

Cuando la separación de una figura importante es inminente los niños muestran signos premonitorios tales como Irritabilidad, problemas de alimentación, se muestran quejumbrosos y lloziquean, estos problemas aumentan intensidad y organización conforme la edad. Debido a que el niño mayor tiene la habilidad para anticiparse en forma ansiosa en un modo mas -----

estructurado por lo que hay un "continuum" entre la ansiedad leve ante la amenaza de separación y una ansiedad más intensa después de que la separación ha ocurrido.

Las fobias hacia animales y monstruos son muy comunes así como también el temor a morir, el niño cuando se ve amenazado con la separación puede llegar a sentir atemorizado de que le puedan ocurrir eventos tales como; asaltos, robos, accidentes, o raptos.

La "ansiedad de separación" en un niño se puede manifestar con el solo pensamiento de un viaje o en el curso del mismo, al alejarse de su casa o de su familia, pueden negarse a ir a veranear, dormir en la casa de un amigo o cambiar de escuela.

Cuando hay una reubicación geográfica necesaria el niño puede ser que se niegue a estar solo en su cuarto, puede "pegarse" a sus padres y seguirlos a cualquier parte, frecuentemente cuando ha ocurrido un movimiento familiar el niño muestra la ansiedad de separación manteniéndose cerca de su madre. Asimismo pueden manifestarse "sentimientos de nostalgia" o síntomas psicofisiológicos mismos que se presentan cuando el niño se aleja del hogar, también se mencionan dificultades para conciliar el sueño y puede ser necesario que alguien permanezca con el niño hasta que se duerma, frecuentemente se va hacia la cama de los padres o se duerme a las puertas de sus dormitorios cuando se le impide el acceso, las pesadillas y temores son expresiones de esta ansiedad.

Características asociadas. - Miedo a la obscuridad, y temores o preocupaciones imaginarias y fuera de la realidad pueden ser que se desarrollen, puede "que vean ojos que los miran", preocuparse de "figuras míticas o monstruos que tratan de agarrarlos en sus dormitorios".

Muchos niños son demandantes y requieren atención continua para amortiguar sus ansiedades. Los síntomas surgen cuando la separación de una figura parental importante se hace necesaria. Si la separación no es amenazante muchos niños con el mencionado desorden no manifiestan dificultades interpersonales a pesar de que pueden verse tristes y llorar fácilmente, se quejan frecuentemente "de que nadie los quiere", "deseos de morir" o bien se quejan de que sus hermanos "son los favorecidos", frecuentemente desarro-

llan síntomas gastrointestinales como; náuseas, vómitos, dolores estomacales y tienden a experimentar dolores en varias partes del cuerpo, dolor de garganta, o síntomas gripales.

En niños mayores síntomas típicamente cardiovasculares o respiratorios se presentan, tales como; palpitaciones, sensación de desmayo y sensación de opresión en la garganta.

Otras Características.- se presenta nostalgia por regresar a una forma de vida, después de haber estado alejado algún tiempo de su tierra natal o de situaciones exóticas poco comunes, encuentran que todo en el nuevo hogar es aburrido provocador de ansiedad o de mal gusto .

EXAMEN PSIQUIATRICO :

La historia frecuentemente revela episodios importantes de separación en la vida del niño debido particularmente a enfermedad y hospitalización, enfermedades de los padres, pérdida de los mismos, reubicación geográfica. Para hacer el diagnóstico es útil examinar las fantasías, los sueños, el material de juego y la observación simple del niño .debería ser examinado no solo el contenido, del pensamiento sino también la forma en que se expresa, por ejemplo; un niño puede expresar su miedo a que sus padres se mueran aún aunque su comportamiento no muestre signos de ansiedad motora. en forma similar la dificultad que un niño tiene en relatar lo que suceda o la negación total de situaciones obviamente productoras de ansiedad---- pueden indicar la presencia de una alteración de "Ansiedad de separación"- frecuentemente se presenta dificultades en la memorización y expresión de temas de separación.

TRASTORNO DE LA EVITACION

EPIDEMIOLOGIA :

Este síndrome es clínicamente observado con más frecuencia en niñas que en niños, posiblemente por los modelos socialmente aceptados de pasividad y ---retiro que se presentan en las niñas, estas niñas pueden pasar con "evitaciones" sociales a través de los años ,sin llegar a presentar síntomas de ansiedad, si sus padres las apoyan en su timidez.

Los niños por otro lado se espera que sean más independientes y agresivos por lo que si la "timidez" es un síntoma predominante empezaran a tener síntomas antes que las niñas .

CAUSAS Y FACTORES PREDISPONENTES:

Las diferencias en cuanto al temperamento pueden ser importantes en cuanto a la predisposición de la alteración, particularmente si los padres apoyan la timidez y el apartamiento de los niños . Pérdidas devastadoras en la infancia temprana o traumas sexuales de varias clases pueden también contribuir a la presentación y desarrollo de las alteraciones en la evitación.

Los niños que tienen problemas médicos crónicos ,tales como la fiebre reumática, o problemas ortopédicos puede ser que no aprendan las habilidades de relación social con sus compañeros, por lo que les será difícil tener habilidad necesaria que les permitirá integrarse con efectividad al mundo social de sus compañeros.

Dentro de los factores predisponentes frecuentemente encontramos que el "moldeamiento" del niño se lleva a efecto por un padre tímido e inhibido o altamente dominante y difícil de sobrellevar, que vive en una situación en la cual el niño es constantemente "minimizado o devaluado".

DESCRIPCION CLINICA :

Características Esenciales .- Los niños con desordenes de Evitación muestran una inhibición excesiva para establecer contactos interpersonales o relaciones satisfactorias con extraños, a tal grado que en forma notoria interfiere con el funcionamiento de sus compañeros, la evitación de relacio-

narse con extraños persiste aún después de una exposición prolongada a -- nuevas relaciones .

Estos niños son difíciles de entusiasmar a pesar de que muchos - de ellos participan activamente en grupos sociales , típicamente estos niños se relacionan activamente y con naturalidad en el hogar a pesar de que - lloran y son demandantes con quienes los cuidan , haciendo grandes demandas a aquellos que están con ellos en ocasiones hasta dictatoriales.

La timidez y en embarazo se nota en el tono de sus voces y muestran una tendencia a hablar en voz baja y a ponerse detrás de la gente o de los muebles para no ser vistos , el sonrojo, las dificultades en emitir - un discurso y la facilidad con que se muestran tímidos es característica. debajo de este comportamiento y frecuentemente expresado en relaciones más cercanas , está la colera, el resentimiento, la rabia o la grandiosidad. no hay evidencia de un patrón de incapacidad intelectual fundamental en la comunicación , aunque dichos niños pueden verse como incapaces de comunicarse .

Características Asociadas .- cuando se les presionan a que participen ---- socialmente los niños con esta alteración lloran se ponen ansiosos, se adhieren a sus acompañantes y se rehusan a involucrarse en actividades nuevas - En la adolescencia el período en el desarrollo de la madurez psicosexual - puede ser evidente por las dificultades en las relaciones con sus compañeros y en la capacidad de establecer actividades , sexuales, y en general agresivas apropiadas.

A veces la timidez y la inhibición complican el proceso del aprendizaje , en tales casos, las verdaderas habilidades o capacidades de un niño llegan a ser aparentes únicamente bajo condiciones de educación extremadamente favorables .

Otras Características.- Los niños con desorden de evitación muestran un marcado perfeccionismo y patrones de conducta autopunitivos , que los aísla de actividades competitivas , por lo que cualquier niño que se rehusa a - actividades competitivas y que usa las restricciones del Ego como una - defensa de carácter importante debería considerarse como que tiene un -

Potencial "de evitación". Paradojicamente una vez que se les conoce se encuentran que tiene fantasías de "grandiosidad", "grandes y no reconocidas capacidades", sentimientos de que su verdadero valor "no es apreciado" y proli- fera aunque en forma difusa ambiciones atléticas y sociales, frecuentemente inventan compañías imaginarias, con quienes comparten preocupaciones y fantasías, el diagnóstico no se hace antes de los dos años y medio y es difícil determinar la época en que se establece por lo que su alteración subyacente puede no ser notada por un período considerable de tiempo ..

Muchos niños se recuperan espontaneamente, particularmente cuando experimentan placer o tiene éxitos de escuela o en algunas situaciones sociales, si no se reconoce esta alteración puede quedar encubierta en varios "estilos de vida" inhibidos y en ajustes de personalidad esquizoide o bien limítrofe.

EXAMEN PSIQUIATRICO :

Los niños que presentan alteraciones de evitación, muestran una gran dificultad al separarse de una figura parental. Frecuentemente alguno de los padres debe estar presente en el cuarto de examen y el niño hace la demanda de querer saber en donde exactamente está el padre o la madre durante la sesión.

Hacen uso mínimo del cuarto de examen y frecuentemente se sienta en una silla y espera pasivamente através de toda la sesión con las indicaciones del examinador. En forma típica sus patrones de juego son regresivos y muestran un gran interes en figuras nutritivas, comida y animales, por ejemplo; muñecas maternales, animales maternales, o tiernos cachorros. cuando se sienten cómodos en el cuarto de examen, estos niños frecuentemente demuestran un gran interes en la agresión y destructividad, rompen muñecos- y se envuelven en un juego simbólico de matar, de manera destructiva y sucia, frecuentemente con barro.

TRASTORNO HIPERANSIOSO

CAUSAS Y FACTORES PREDISPONENTES:

Hay evidencia clínica que parece indicar que los trastornos hiperansiosos son más frecuentes en familias pequeñas acomodadas, en los primeros hijos y en situaciones en las cuales hay mucha preocupación sobre la capacidad y la efectividad, aunque el niño este funcionando en un nivel adecuado.

En dichas familias en las cuales los niños desarrollan esta alteración hay un aparente sentimiento en que "van a ganar aceptación" en la familia a través de un alto nivel de funcionamiento, este trastorno es mucho más frecuentes en niñas que en niños .

CARACTERISTICAS CLINICAS :

El problema más importante consiste en una preocupación excesiva y un comportamiento temeroso que no esta relacionado a una situación específica o algún objeto o bien debido a una situación de tensión.

El niño con esta alteración característicamente se preocupa sobre eventos futuros como exámenes, la posibilidad de lastimarse físicamente y el ser aceptado por el grupo, este niño se preocupa mucho por la competencia y del rendimiento externo o aparente, asimismo también le preocupa que se les enjuicie , presentan un patron de hábitos de tensión, con torsiones corporales, y chupeteo del pulgar u onicofagia, alteraciones del sueño sobre todo insomnio igualmente anticipadamente se preocupan por eventos del próximo día, ya sea vestir las ropas adecuadas, o el jugar con niños preferidos, que los acepte el grupo, hacer bien un examen, estas son las cosas que pueden preocupar a un niño ansioso.

Presentan síntomas psicofisiológicos que incluyen dolor de garganta , palpitaciones, molestias respiratorias, molestias gastrointestinales, ---cefaleas, mareos y dolores abdominales. Característicamente estos niños se quejan de "ser ignorados" por sus compañeros y descuidan las actividades del grupo , aunque sean bien aceptados en el mismo, frecuentemente se quejan de que no se les permite participar en actividades atleticas y clubs, y que son criticados por sus compañeros y maestros.

Características Asociadas.-muchos niños con las características mencionadas son muy "parlanchines" y se ven muy inteligentes ,muestran evidencia de un desarrollo precoz del Ego ,en muchas ocasiones rehusan depender de la ayuda de los demas (adultos),al mismo tiempo que se embarcan en proyectos poco usuales y extenuantes como un reto. Cuando necesitan ayuda o consejos se encuentran que son incapaces de pedirla ,evaluan en forma inexacta sus capacidades y se ponen a si mismos demandas perfeccionistas,buscan frecuentemente ser aprobados y comportarse adecuadamente,muchos muestran evidencias de una hiperactividad motora,se chupan el dedo, se muerden las uñas,se jalan el pelo.

Otras Características.-estos pacientes frecuentemente son muy habladores y pueden parecer insoportables en su intento de dominar las conversaciones tiene un gran deseo de complacer,pero rara vez se muestran satisfechos con el esfuerzo. Siempre parecen pensar "que los demas lo hacen mejor",dependen enormemente de la opinión de los demas y se sienten muy heridos,cuando no encuentran la apreciación de los demas .Muchos de estos niños estan predispuestos a los accidentes y parecen exagerar el dolor que sienten.Esta alteración es tipicamente el resultado de un desarrollo gradual de un patrón de caracter a pesar de que es poco frecuente de que se manifieste subitamente,el diagnóstico no deberia ser hecho antes de los tres años a pesar de que la tensión y los temores pueden ser vistos en una epoca más temprana..

EXAMEN PSIQUIATRICO :

Los niños con alteraciones hiperansiosas tipicamente los caracteriza la manera rápida de relacionarse y en forma amistosa inician muchas actividades usan el cuarto de juego entero y con facilidad,raras veces necesitan mirar al examinador para que los dirija muestran poca dificultad para alejarse al final de la sesión. En el curso de una sesión se manejan temas en forma simbólica tales como; muerte,desastre,accidentes y pérdidas de partes corporales ,el niño no se asusta ni se muestran inhibido por los efectos traumáticos de estos temas,por el contrario es capaz de continuarse moviendo de uno a otro tema en forma muy cómoda.

DIAGNOSTICO

Las características clínicas que finalmente nos llevan a establecer un diagnóstico son ;

En el caso de los Trastornos de Ansiedad de Separación

- 1).- La presencia de temores persistentes y la preocupación del niño de que algo peligroso o terrible pasará a él o sus familiares.(cercaños).
- 2).- La evidencia de una tensión emocional exagerada ante la separación de objetos familiares o -- cercaños.
- 3).- La dificultad para viajar alejándose de los -- alrededores conocidos.
- 4).- Reacciones fóbicas a situaciones nuevas ,el niño resiste la separación de sus familiares o presenta incomodidad persistente cuando esta lejos del hogar.

El diagnóstico se hace cuando cualquiera de estos síntomas primarios se presenta por lo menos durante un mes y no hay ningún otro problema mental agregado, se considera que la alteración es breve cuando el niño muestra preocupación ocasional ,pero funciona en cualquier situación nueva aunque halla evidencia de ansiedad, es moderado cuando presenta reacciones de pánico a la separación ,pero funciona adecuadamente por un tiempo a pesar de que síntomas agudos se pueden desarrollar intermitentemente.

En el caso de los Trastornos de evitación el diagnóstico se basa en los siguientes parámetros;

- 1).- Una tendencia al aislamiento y a evitar el contacto con extraños, un comportamiento de evitación que interfiere en las relaciones con los demás chicos -
- 2).- Los síntomas deben de estar presentes por lo menos tres meses, en un niño de por lo menos dos y medio años
- 3).- Debe tener una una cálida y buena relación que le de satisfacciones , en relación a su familia.

En la alteración leve puede haber una capacidad para funcionar bien con algunos amigos cercanos, pero imposibilidad de hacerlo con los demás compañeros, en la forma moderada hay dificultad en la participación escolar Junto con la incapacidad para hacer amigos debido a la imposibilidad de hacerlo , los casos severos muestran marcada interferencia en el desarrollo de relaciones con los compañeros de su misma edad y una seria imposibilidad de participar en el trabajo de clases o en las relaciones sociales.

En los Trastornos Hiperansiosos las bases diagnósticas son:

- 1).- La presencia de una ansiedad persistente y la preocupación sobre eventos del futuro y sobre la competencia en varias áreas.
- 2).- Dificultad en conciliar el sueño combinado con -
sueños atemorizantes y síntomas somáticos tales -
como; cefaleas, gastrointestinales y respiratorios -
que no se pueden adjudicar a padecimiento físico.

3).-La alteración debe presentarse por lo menos tres - seguidos y debe demostrarse que no es un síntoma de de otra alteración tal como ; ansiedad de separacion alteraciones fóbicas, desordenes obsesivo/compulsivo depresión, esquizofrenia u otros.

BIBLIOGRAFIA

- 1 .-Arnold ,El.....Anxiety in childhood and adolescence
Psychiatry Annals (Oct 1979).
- 2 .-Ajurriaguerra De J..... Manual De Psiquiatria Infantil.
Editorial Toray/Mason (4a Ed)
Barcelona ,1977.
- 3 .-ANPI (Monografias)Desarrollo Infantil Normal.
Monografia No 1.
México (1976).
- 4 .-Academia Nacional de Medicina.....La Angustia.
México, (1972).
- 5 .-Barclay, MartinAngustia Y Trastornos Neuroticos.
Editorial Herder.
Barcelona (1974).
- 6 .-Barker ,PhilipBasic Child Psychiatry.
- 7 .-Calvin,S Hall.....Compendio De Psicología Freudina.
Editorial Paidos.
Buenos Aires (1979).
- 8 .-Crandon ,A.J.....Maternal Anxiety And Neonatal Wellbein
Jour Psychosomatic Research (1979).
- 9 .-De La Fuente R.R.....Psicología Médica.
Fondo De Cultura Economica.
México (1980).
- 10 .-De La Fuente.R.R.....La Angustia Normal Y Patológica.
Revista De Salud Mental.
Vol 3 Año 3 No 4.
- 11 .-Freud ,Ana.....Fear,Anxieties and Phobic Phenomena.
Remarks to the meeting of the associa
tion for child psychoanalysis,(1979)
- 12 .-Freud,ana.....Normalidad Y Patología en la Niñez.
Editorial Paidos.
Buenos Aires.

- 13 .-Gray, J.A.....The Neuropsychology of anxiety
British Jour Psychol (1978).
- 14 .-Kaplan, H. Freedman, A.....Comprehensive Textbook Of Psychiatry
(disorders of anxiety in children)
Vol III. 3a edición (1980).
- 15 .-Linford Rees .W.....Factores de Ansiedad.
Excerpta Médica (1974).
- 16 .-Mayer, Gross, W.....Las Enfermedades Mentales En El Niño
y el adolescente.
Editorial Paidós.
Buenos Aires.
- 17 .-Mahler ,Margaret.....Simbiosis Humana.
Editorial Joaquín Mortiz
México (1972).
- 18 .-Mendiguchia Quijada, F.J.....Psiquiatría Infanto/Juvenil.
Ediciones Del Castillo
Madrid (1980).
- 19 .-Renshaw, C. Domena.....El niño Hiperactivo.
Editorial La Prensa Medica Mex.
México (1974).
- 20 .-Rexford, E. Sander, L.....Psychiatry Infant.
Monographs Of Journal The American
Academy Of Child Psychiatry.
Yale University Press (1976).
- 21 .-Rutter, Michael.....Child Psychiatry.
- 22 .-Spitz, Rene.....El Primer Año De Vida Del Niño.
Fondo De Cultura Economica.
México (1965).
- 23**Bolwy J.....The nature of the child's tie to his
mother.
Internacional Journal Of Psychoanalysis
(1958).