

CAPÍTULO 7

DIFICULTADES SOCIOEMOCIONALES: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

TEMAS DEL CAPÍTULO

Infracontrol, sobrecontrol y desarrollo emocional normal.

Los algoritmos de la ansiedad y la depresión en el DSM.

Algoritmo de la ansiedad.

Algoritmo del estado de ánimo depresivo.

Ansiedad y depresión en el DSM-V

INFRACONTROL, SOBRECONTROL Y DESARROLLO EMOCIONAL NORMAL

Como ya se explicó, hay consenso entre numerosos investigadores sobre la existencia de 2 amplias categorías de trastornos que se dan en niños y adolescentes y que afectan el comportamiento emocional y social. Wicks-Nelson e Israel (1997) lo explican así:

- Uno de estos grupos se ha etiquetado como trastorno de exteriorización, de infracontrol, hipocontrol o disocial. Algunas de las características asociadas a este patrón son las peleas, rabietas, desobediencia y destructividad.

- El segundo grupo se conoce como de interiorización (internalización), sobrecontrol, o ansiedad- retraimiento. Características asociadas son la ansiedad, la timidez, el retraimiento y la depresión.

Tradicionalmente, al primer grupo se lo ha relacionado con los “trastornos de conducta” y al otro, con los “trastornos emocionales”. De los trastornos por exteriorización (externalización) nos ocupamos en otros capítulos de este manual y ya hemos visto cómo pueden perjudicar seriamente la convivencia social. Los niños y adolescentes, por otra parte, que presentan trastornos por interiorización (internalización), tienden a ser ansiosos, retraídos, sobrecontrolados, con tendencia tal vez a la depresión. Parecen “tragarse” sus problemas, no interfieren por lo general la convivencia social, pero se ven muy limitados en sus relaciones interpersonales. Suelen pasar muchas veces desapercibidos, ya que “no molestan”. Tanto el infracontrol, como el sobrecontrol, corresponden a dos extremos que se alejan del desarrollo socioemocional normal o esperable.

Es interesante hacer ver que algunos autores se inclinan por la existencia de un síndrome general: en lugar de separar los trastornos de ansiedad y depresión, suelen hablar de la categoría amplia de “trastorno de ansiedad-depresión”. Tales trastornos formaron parte en psicopatología del capítulo de las “neurosis”, término que se usa con menos frecuencia en la actualidad, a diferencia de aquellos más específicos, como fobia, obsesión, compulsión, trastorno de ansiedad, depresión, distimia, etc., de uso constante en la literatura especializada y en la práctica clínica actual.

En un manual dedicado a la diversidad en el aula, no podrían quedar excluidos temas de tanta relevancia como los que abordaremos en este y el próximo capítulo. Después de habernos referido al concepto de personalidad normal y madura y, por contraste, a los problemas frecuentes del desarrollo, vale la pena ahondar en un área que los educadores deben conocer en mayor profundidad: las dificultades socioemocionales. Saben bien los maestros que su rol no se limita a ser pasantes de materias o instructores: son formadores de personas.

🔄 La interacción con otros profesionales, como psiquiatras, neuropsiquiatras y psicólogos clínicos, obliga al educador a estar más familiarizado con los diagnósticos que emiten. Ello facilitará la percepción de las barreras que dificultan la participación de más de alguno de sus alumnos o que inhiben su aprendizaje. Demás está decir que estas dificultades, comunes entre los adultos, las pueden experimentar ellos mismos, los educadores: el conocerlas puede contribuir a su afrontamiento y, deseablemente, a su superación.

Hemos preferido titular el capítulo “dificultades socioemocionales” y no sólo “emocionales”, ya que la construcción de la identidad personal, la autoestima, autoconfianza, el bienestar mental, el deseo de vivir, las ganas de participar y de aportar, etc., se dan en interacción con otros y no aisladamente. Tanto los problemas de externalización, como los de interiorización, por otra parte, inciden directamente en las relaciones con los demás.

Si bien las neurosis inicialmente se atribuyeron a causas vinculadas a un mal funcionamiento del sistema nervioso (de ahí el origen del término), se comprobó con

posterioridad, como lo hacen ver Belloch y otros¹ “que estas eran posiblemente las alteraciones psicopatológicas que presentaban una etiología de naturaleza más claramente psicológica”. Aclaran los autores:

“Las neurosis han derivado en un conjunto de trastornos diferentes, pero que poseen aspectos comunes al concepto tradicional de neurosis, como por ejemplo, la idea de contacto con la realidad², los notorios desajustes emocionales y la vinculación con fenómenos del estrés”.

El término “dificultades” socioemocionales que encabeza este capítulo, en vez de “trastornos”, pretende abarcar no sólo los cuadros clínicos descritos en las nosologías, sino también los desajustes transitorios en el área que presentan niños y adolescentes a lo largo del desarrollo, que obedecen muchas veces a una etiología psicorreactiva y ambiental, y que podrían derivar en patologías más severas si se conjugan, por ejemplo, con condiciones de gran vulnerabilidad, o si los factores desencadenantes externos son demoledores.

El desarrollo emocional o afectivo, explica Haeussler (2000)³, psicóloga,

“Se refiere al proceso por el cual el niño construye su identidad (su yo), su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea, a través de las interacciones que establece con sus seres significativos, ubicándose a sí mismo como una persona única y distinta”.

Según la autora, un niño tiene un “desarrollo emocional normal”, cuando:

- Puede iniciar y mantener relaciones interpersonales, sonreír y expresarse de acuerdo con su edad.
- Está interesado activamente por el mundo que lo rodea.
- Es capaz de expresar sus sentimientos, tanto positivos como negativos.

¹ Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. “Manual de psicopatología”. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1995.

Los autores observan que los trastornos de ansiedad y los depresivos (estos últimos, trastornos del estado de ánimo) constituyen el principal bloque de este tipo de alteraciones.

Precisan que “las antiguamente denominadas neurosis histéricas se configuran actualmente en dos importantes categorías: los trastornos somatoformes y los trastornos disociativos, aparte, claro está, de algunos síndromes como el trastorno hipocondríaco que, categorizado como trastorno somatoforme, nunca ha sido entendido como alteración de tipo histérico”.

En el Apéndice, al final del manual, aparecen las grandes categorías de Trastornos que describen el DSM y la CIE 10.

² A diferencia de las psicosis.

³ Haeussler, Isabel Margarita: “Desarrollo emocional del niño”. En Grau, A. & Meneghello, J. (eds.): Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia.

Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

- Está seguro de sí mismo y confiado en el mundo que lo rodea (con seguridad y confianza básica).
- Su autoestima es buena.
- Es capaz de tolerar las frustraciones (reacciona en forma adecuada cuando algo le molesta).
- Es estable emocionalmente (poco lábil).
- Es independiente, con grados creciente de autonomía.

La secuencia que se grafica en la fig. 7.1, basada en la clasificación de las alteraciones infantiles propuesta por el Committee on Child Psychiatry, muy utilizada antiguamente por los clínicos en el país, presenta, ordenados de menor a mayor severidad, los trastornos del área afectiva y socio-emocional: reactivos (o adaptativos), (psico) neuróticos, y de la personalidad (o del “carácter”). Anteriormente ya nos referimos al continuo que va de lo normal a lo patológico. Las psicosis, por cierto de mayor severidad, suelen tratarse aparte y algunos expertos las ubican en un continuo diferente que va de lo normal a lo psicopatológico.

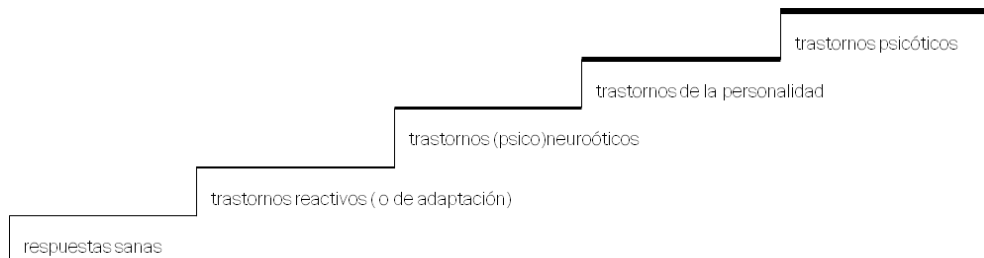


Fig. 7. Categorías de los trastornos conductuales infantiles del Committee on Child Psychiatry. Los ‘trastornos del desarrollo’ aparecen intercalados en la secuencia original, pero obedecen, en realidad, a criterios diferentes a los que se ilustran en este punto. Los trastornos psicóticos reúnen características que los hacen diferentes a las alteraciones que se dan en el continuo normalidad-neurosis.

Obsérvese que esta clasificación (que apareció en los años `60 y a la cual no se ciñe el DSM IV) incluye respuestas “sanas” o normales, que pueden tener una apariencia patológica (crisis situacionales, crisis del desarrollo de duración limitada), “a fin de evitar la tendencia de los clínicos a sobreestimar la gravedad de problemas relativamente pequeños”.

Los criterios de Haeussler acerca del desarrollo emocional normal, no se lograrán si el niño (o joven) presenta deficiencias en el área afectiva y social, las que se traducirán en trastornos reactivos o de adaptación, neuróticos, etc.

Es conveniente advertir que en el complejo mundo de los problemas psicológicos y de la enfermedad mental, no es una tarea fácil el diagnóstico. Los criterios operacionales de las últimas versiones del DSM, sin embargo, con un conjunto muy estructurado de reglas y pasos

a seguir, han significado un importante aporte. En el Apéndice el lector puede ver los principales cuadros que se definen para la infancia, niñez y adolescencia.⁴

Siguiendo justamente el DSM, nos ocuparemos de las alteraciones que más directamente afectan a los seres humanos (¡y también a los animales!) en la esfera afectiva y emocional: la ansiedad y la depresión.

LOS ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Algoritmo, en su sentido original, es un término utilizado en la matemática. Se define como cualquier procedimiento de cálculo para obtener un resultado mediante un número finito de aplicaciones de una regla. Un ejemplo es el algoritmo de Euclides, que permite calcular el máximo común divisor de dos números enteros. Para la RAE (Real Academia Española), es el conjunto ordenado y finito de operaciones que permite hallar la solución de un problema.

El problema que se le plantea inicialmente al clínico es de naturaleza diagnóstica. La depresión, por ejemplo, es un estado emocional caracterizado por tristeza, sentimientos de minusvalía y culpa, aislamiento de los demás, problemas con el sueño, el apetito y el deseo sexual, pérdida de interés y de placer por las actividades habituales, letargo o agitación, etc. Sin embargo, tales síntomas pueden obedecer a muy variados factores, manifestarse de manera severa o relativamente leve, ser de corta o muy larga duración, estar relacionados con una causa relativamente fácil de identificar o no. Los pasos de un algoritmo diagnóstico ayudan, justamente, a identificar el cuadro preciso que está afectando a la persona que presenta síntomas depresivos.

Uno de los manuales que acompañan al DSM, el DSM-IV Atención Primaria (AP), constituye una excelente herramienta para los clínicos al servicio del diagnóstico.

⁴ Es cierto que hay también críticos, y clínicos que prefieren complementar los nuevos criterios del DSM con otros enfoques.

Rita Wicks-Nelson y Allen C. Israel (1997), por ejemplo, apuntan que “el sistema (DSM IV) no deja de estar sometido a críticas, y continúan sin resolverse cuestiones conceptuales y políticas importantes. Además, a las cuestiones relativas a la fiabilidad y validez se ha añadido la preocupación por la gran exhaustividad de este sistema. Se ha puesto en duda la motivación y lo adecuado de utilizar tan extensa variedad de conductas de niños y adolescentes clasificables como trastornos del comportamiento. Un ejemplo de esta preocupación es denominar como trastornos mentales, problemas en diferentes destrezas escolares como la lectura o las matemáticas”.

Haeussler, por su parte, al comparar la evolución DSM III – DSM IIIR – DSM IV en lo que concierne a la clasificación de los cuadros de ansiedad, considera que este último “representa un retroceso”, ya que pierde en especificidad.

En Haeussler, I. M. “Ansiedad del niño desde la perspectiva psicológica”. En Grau, A. & Meneghello, J. (eds.): *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Editorial Médica Panamericana, B. Aires, 2000.

El DSM-V (DSM-5), de reciente aparición, tampoco ha estado exento de polémica y controversias.

El DSM-IV AP, fruto del trabajo colaborativo de una gran cantidad de especialistas, “pretende ofrecer un marco adaptado para educar a los profesionales de la atención primaria en trastornos mentales, que sea compatible con los enfoques estándar utilizados en la especialidad de la atención de la salud mental” (vale decir, el DSM y la CIE). Esta versión para la atención primaria “ayudará también a mejorar la comunicación entre los profesionales de la atención primaria, los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, y fomentará la colaboración pedagógica, clínica y de investigación”.⁵

Es importante que el educador tenga un conocimiento básico de la variedad de formas que pueden asumir tanto la ansiedad (angustia) como la depresión. De alguna u otra forma, nos afectan a todos los seres humanos. Este capítulo entrega una versión resumida -en los términos del DSM- de los diferentes cuadros que aparecen nombrados en cada algoritmo, permitiendo formar una visión del conjunto. Constituye un paso necesario para la ‘colaboración pedagógica’ recién mencionada.

El objetivo del manual, téngase presente, es facilitar su uso en el ámbito de la atención primaria, en él se agrupan los trastornos a partir de los síntomas más característicos que los identifican. Está organizado en su cuerpo principal en nueve algoritmos diagnósticos⁶, de los cuales utilizaremos aquí los dos primeros, por su importancia para el tema que nos ocupa:

- El algoritmo de la ansiedad.

⁵ La “Biblioteca” del DSM-IV incluye:

- *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (Tiene también una versión electrónica).*
- *DSM-IV: Breviario: criterios diagnósticos.*
- *DSM-IV: Libro de casos.*
- *DSM-IV: Manual de diagnóstico diferencial.*
- *DSM-IV: La entrevista clínica. Tomo I: fundamentos.*
- *DSM-IV: La entrevista clínica: Tomo II: el paciente difícil.*
- *DSM-IV: Atención primaria.*
- *DSM-IV: Guía de uso.*

⁶ Los 9 algoritmos del DSM IV-AP, que implican una serie de pasos o procedimientos para solucionar un determinado problema diagnóstico en las áreas de consulta más frecuentes, son:

- *Algoritmo del estado de ánimo depresivo.*
- *Algoritmo de la ansiedad.*
- *Algoritmo de los síntomas físicos inespecíficos.*
- *Algoritmo de la alteración cognoscitiva.*
- *Algoritmo del consumo problemático de sustancias.*
- *Algoritmo de la alteración del sueño.*
- *Algoritmo del trastorno sexual.*
- *Algoritmo del cambio de peso o de la conducta alimentaria anómala.*
- *Algoritmo de los síntomas psicóticos.*

El DSM-IV AP se ocupa también de tópicos que no forman parte directamente de los 9 algoritmos (entre ellos, los “trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia”).

- El algoritmo del estado de ánimo depresivo.

Cada algoritmo contempla una secuencia de pasos con una organización similar (comienza con la consideración de una posible enfermedad médica, el consumo de sustancias u otro trastorno mental que pudieran dar cuenta de los síntomas. Si ello se descarta, se sigue con el otro paso). Cada paso incluye: a] un resumen de los criterios diagnósticos de un trastorno, b] una breve descripción del trastorno o c] una instrucción para aplicar otro algoritmo diagnóstico.

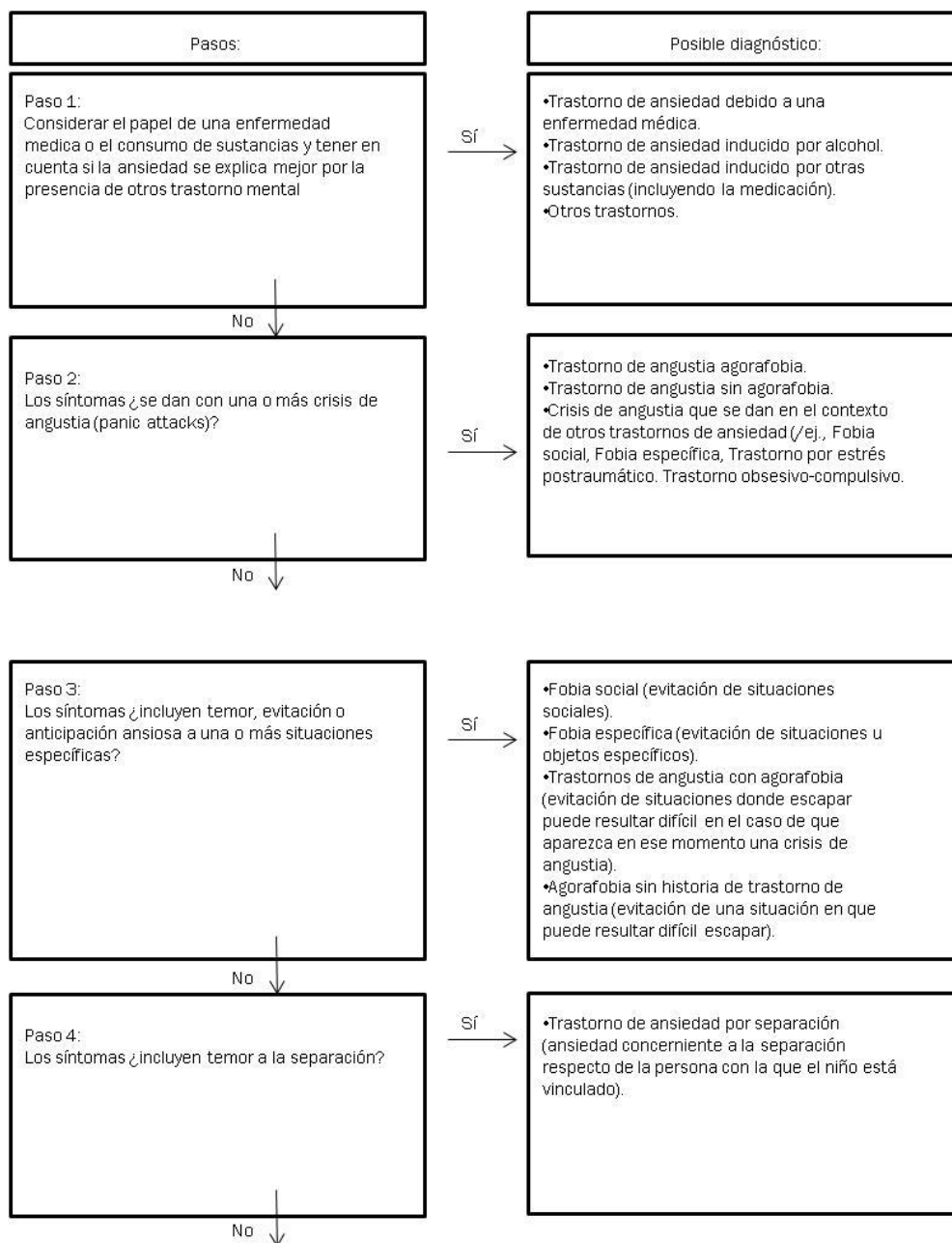
ALGORITMO DE LA ANSIEDAD

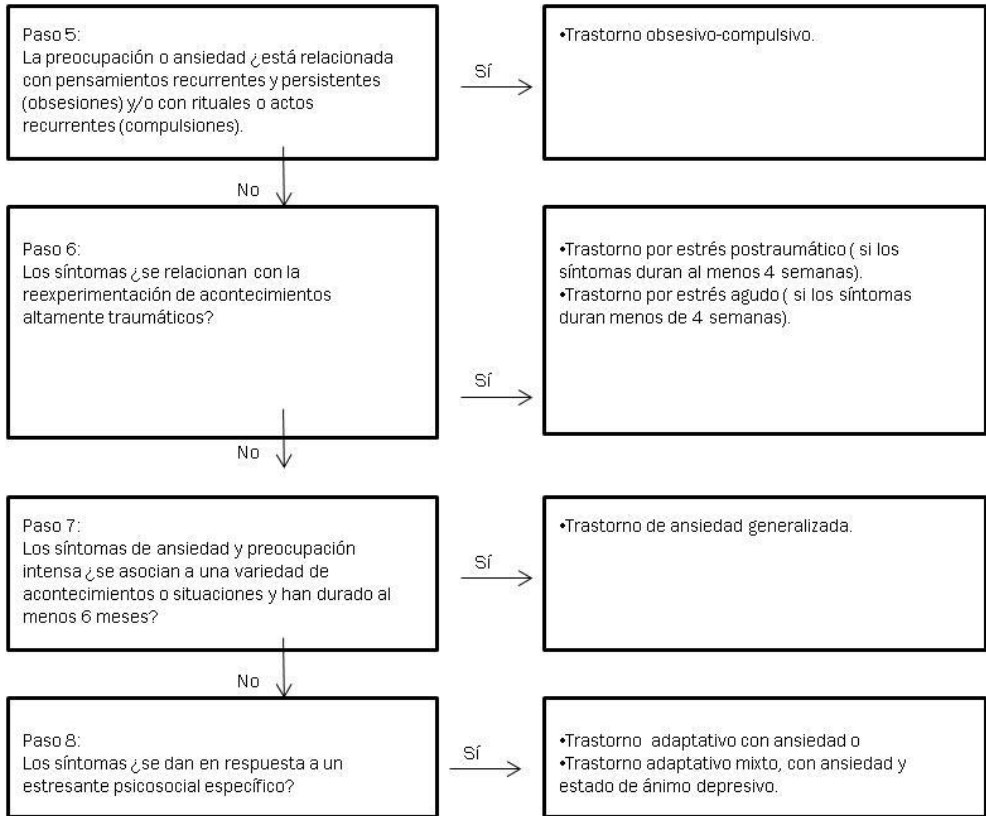
A continuación anotamos el diagrama o presentación abreviada del algoritmo de la ansiedad (más adelante haremos lo mismo con el del estado de ánimo depresivo).

El manual incluye los códigos oficiales de cada uno de los trastornos que aparecen nombrados a mano derecha, en la versión CIE 10, y que acá hemos omitido. Otra sección del DSM-IV AP explica en detalle cada uno de los “pasos”, lo que puede resultar interesante para quien desee ahondar en el tema.

El clínico aplica el algoritmo de la ansiedad cuando el paciente manifiesta síntomas tales como preocupación, miedo o temores excesivos, tensión, pensamientos o impulsos repetitivos, intrusos e inapropiados, etc.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad varía, con grandes diferencias entre muestras de la población general y población clínica, se explica en el DSM-IV AP. Un estudio de población general en USA desde 1980 a 1985 estimó que la tasa de prevalencia anual de trastornos de ansiedad en la población general es del 12,6%. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son la fobia social (hasta un 13%) y la fobia específica (hasta un 11.3%). Se estima que la tasa de prevalencia global del trastorno de ansiedad generalizada es de un 5% y del trastorno obsesivo compulsivo, de un 2.1 %. Todos estos trastornos (con la posible excepción del obsesivo-compulsivo) son más frecuentes en mujeres que en varones. En la población chilena, la incidencia de los trastornos de ansiedad, como de depresión, que aparece cada cierto tiempo en la prensa, sorprende por lo alta.





En la sección que el DSM-IV AP dedica a los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia, se aconseja al clínico utilizar, si corresponde a partir de los síntomas, el mismo algoritmo. Se precisa, sin embargo, en relación a los niños:

“La ansiedad en los niños se puede centrar en el rendimiento en la escuela o en los eventos deportivos, preocupación excesiva en cuanto a la puntualidad y la preocupación por los sucesos catastróficos. Los niños con un trastorno de ansiedad pueden ser también excesivamente conformistas, perfeccionistas e inseguros de sí mismos. En general, son excesivamente celosos en la búsqueda de aprobación y necesitan mucha seguridad”.

A continuación haremos una breve descripción⁷ de los trastornos que incluye el algoritmo de la ansiedad. En general, se usarán los términos exactos de la fuente original. Algunos de

⁷ La descripción detallada puede encontrarse, con sus alcances e información clínica adicional, en el DSM-IV AP y demás manuales DSM IV. La versión más actualizada es el DSM V (2014).

estos problemas ya han sido citados en otras partes de este manual, por su relación directa con determinados temas.

Es interesante destacar el explosivo aumento de algunos de estos trastornos en Chile estos últimos años, tanto en niños, como en adolescentes. Crisis de pánico y otras alteraciones son frecuentes actualmente en estudiantes universitarios.

Seguimos el orden indicado por los “pasos” del algoritmo.

- **Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia, las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. El clínico deberá decidir si las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, por ejemplo, endocrina, cardiovascular, respiratoria, metabólica o neurológica.
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia, las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. A partir de la historia clínica, exploración física o pruebas de laboratorio, el clínico decide si hay intoxicación por o abstinencia de sustancias significativas. Por ejemplo, alcohol, cocaína... Hay también una serie de fármacos que provocan ansiedad (En el manual se nombran varios de ellos).
- **Trastorno de ansiedad inducido por otros trastornos mentales.** El clínico debe considerar o descartar en este paso otros trastornos mentales que pueden explicar mejor los síntomas de ansiedad. Ejemplo, un trastorno depresivo mayor.
- **Crisis de angustia.** Aparición temporal y aislada de temor y malestar intensos, acompañados de síntomas (al menos 4) que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos. Por ejemplo, opresión o malestar torácicos; sensación de ahogo o falta de aliento; palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; escalofríos o sofocos; sensación de atragantarse; náuseas o molestias abdominales; temblores o sacudidas; parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo); inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo); temor a perder el control o volverse loco; temor a morir.
- Si las crisis de angustia son inesperadas (como “caídas del cielo”, no se relacionan con un desencadenante situacional) y son clínicamente significativas, considerar “trastorno de angustia con agorafobia” o “trastorno de angustia sin agorafobia”.
- Si las crisis se relacionan con un desencadenante situacional que se asocia a otro trastorno mental, considerar “crisis de angustia que se dan en el contexto de otros trastornos de ansiedad”. Ejemplo: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo.

- **Trastorno de angustia con agorafobia.** Crisis de angustia inesperadas recidivantes.⁸ Una de estas crisis ha durado un mes o más, con inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis; preocupación por sus implicaciones o consecuencias; cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis. Presencia de agorafobia: ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil (o embarazoso) o donde puede no disponerse de ayuda.⁹
- **Trastorno de angustia sin agorafobia.** Se cumple todo lo anterior, pero sin agorafobia.
- **Fobia social**¹⁰. Temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a la posible evaluación por parte de los demás. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.

La persona reconoce que el temor es excesivo o irracional, y tales situaciones se evitan o bien se experimentan con ansiedad intensa. Las conductas de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que se da interfieren acusadamente con la rutina normal del sujeto, con sus relaciones laborales, académicas o sociales, o producen un malestar significativo.

- **Fobia específica.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.¹¹ La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia. La persona reconoce que este temor es excesivo o irracional, y la situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- **Agorafobia sin historia de angustia.** Ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o donde no se dispone de ayuda, si aparecen síntomas similares a la angustia, y el sujeto teme que sean incapacitantes o

⁸ Recidiva: repetición de una enfermedad algún tiempo después de concluida.

⁹ Los temores agorafóbicos, se detalla en el manual, implican normalmente tipos característicos de situaciones como, por ejemplo, estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer colas, estar en un puente y viajar en autobús, tren o automóvil. Entre un tercio y la mitad de las personas diagnosticadas con trastorno de angustia en la población general presentan también agoraphobia.

¹⁰ La especificación generalizada se usa si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con figuras de autoridad, asistir a fiestas). Las personas con fobia social generalizada suelen tener temor tanto a actuar en público, como a situaciones sociales interactivas.

¹¹ Hay diferentes subtipos: tipo animal; tipo ambiental (precipicios, tormentas, clima); tipo sangre-inyecciones-daño; tipo situacional (aviones, ascensores, recintos cerrados); otros tipos (evitación a situaciones que pueden provocar atragantamiento, el vómito o adquisición de una enfermedad). Aunque son frecuentes en la población general, explica el DSM-IV AP, las fobias rara vez provocan un malestar o un deterioro general suficientes que permitan el diagnóstico de "fobia específica".

muy embarazosos. Se evitan las situaciones agorafóbicas (por ejemplo, se limita el número de viajes) o se soportan a costa de gran malestar o ansiedad, por temor a que aparezcan síntomas semejantes a la angustia, o se hace indispensable la presencia de una persona conocida para soportarlas. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de angustia.

- **Trastorno de ansiedad por separación.** Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación del hogar o de las personas a quienes está vinculado. La duración es de, al menos, 4 semanas. El inicio se produce antes de los 18 años.¹² La alteración provoca malestar o deterioro social clínicamente significativo y no se explica mejor por la presencia de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, o por un trastorno de angustia con agorafobia.

El manual precisa que este trastorno se manifiesta por:

- a. Malestar excesivo recurrente cuando se anticipa una separación.
 - b. Preocupación excesiva por la posible pérdida de las principales figuras de vinculación o a que sufran un posible daño.
 - c. Excesiva preocupación por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación (ejemplo, ser secuestrado).
 - d. Resistencia persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por temor a la separación.
 - e. Resistencia persistente a estar solo.
 - e. Negativa persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada significativa.
 - g. Pesadillas repetidas con temática de separación.
 - f. h. Quejas repetidas de síntomas físicos (ejemplo, dolores abdominales) cuando ocurre o se prevé la separación.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo.** En este trastorno las obsesiones o las compulsiones representan una pérdida de tiempo (más de una hora al día), provocan un malestar

¹² En los adultos el trastorno es raro: los temores suelen explicarse mejor por un trastorno de ansiedad con agorafobia o una agorafobia sin historia de angustia. El trastorno puede aparecer tras una situación estresante. El inicio puede ocurrir tempranamente, en edad preescolar; también en cualquier momento antes de los 18 años, muchas veces en plena adolescencia.

Típicamente hay períodos de exacerbación y de remisión. Tanto la ansiedad por una posible separación, como la evitación de situaciones que impliquen separación (por ejemplo, ir a la escuela) pueden persistir durante varios años.

Recuérdese que el DSMIV incluye, además, dentro de los trastornos de la personalidad (si se trata de rasgos persistentes, inflexibles, desadaptativos, que provocan un deterioro funcional significativo) el trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno de la personalidad por dependencia.

clínico significativo o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.¹³

- Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que causan ansiedad o malestar significativos, que se experimentan como intrusos. No se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real y no se relacionan con otro trastorno mental (por ejemplo, no se limitan a las ideas sobre la comida, como en la anorexia).
- Las compulsiones se definen como comportamientos u operaciones mentales que se llevan a cabo en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas normas que se deben seguir estrictamente. Tales comportamientos son exagerados y se llevan a cabo para prevenir algún acontecimiento negativo, sin estar conectados de forma realista con lo que se quiere prevenir.
- **Trastorno por estrés postraumático.** Como se vio en páginas anteriores, la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático (que representa un peligro real para la vida o para la integridad física), directa o indirectamente. El acontecimiento es reexperimentado de manera persistente (imágenes recurrentes, pensamientos, sueños, episodios en flashback, sensaciones de que está ocurriendo...) y malestar intenso o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos que representan el acontecimiento. El sujeto evita persistentemente tales estímulos y presenta embotamiento de la conducta general. Hay síntomas persistentes de activación (arousal), como alteraciones del sueño, respuestas de sobresalto o hipervigilancia. Los

¹³ El DSM IV-AP precisa que la persona trata de ignorar los pensamientos e impulsos y reconoce que son producto de su mente (un psicótico los atribuiría a fuerzas externas). Las obsesiones más frecuentes tienen que ver con temas como el contagio, dudas repetitivas, necesidad de tener las cosas en un orden determinado, impulsos de carácter agresivo y fantasías sexuales. Ejemplos de compulsiones son el lavado repetido de manos, comprobar a cada rato si están apagadas las luces o el gas... Compulsiones mentales son repetir palabras o contar mentalmente.

Estos comportamientos deben distinguirse del perfeccionismo como rasgo de personalidad, en que no existe deterioro de la actividad general, y del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, que se caracteriza por un patrón de larga duración de preocupación por el orden (se trata de un “trastorno de la personalidad”): personas obsesionadas con la forma “correcta” de hacer las cosas y que prefieren manejar hechos más que expresar sentimientos. Sus temas clave suelen ser la limpieza, el tiempo y el dinero. Demuestran excesiva preocupación por los detalles, las normas, las listas...; un perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas; inflexibilidad en temas de moral o ética; incapacidad para deshacerse de cosas usadas y que no tienen valor sentimental; renuencia a delegar tareas; adopción de un estilo avaro, de rigidez y obstinación.

Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o adultez temprana, puede hacerlo en la infancia. Edad de inicio en los varones: entre 6 y 15 años; en las mujeres: entre 20 y 29 años. La aparición suele ser de carácter gradual. Presenta un curso con “altas” y “bajas”, que dependería de la presencia o no de acontecimientos estresantes.

síntomas duran por lo menos un mes, con malestar clínico significativo o deterioro social o laboral.¹⁴

- **Trastorno por estrés agudo.** El sujeto ha estado expuesto a un acontecimiento traumático. Aquí también, la intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento son los factores más importantes que determinan la probabilidad de que ocurra el trastorno. Los síntomas duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas (si pasan de un mes y se cumplen todos los criterios, se diagnostica “trastorno por estrés postraumático”). Síntomas típicos del cuadro: embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional; reducción del conocimiento del entorno; desrealización (el mundo exterior parece extraño, irreal); despersonalización; amnesia disociativa; el hecho traumático se reexperimenta constantemente; síntomas acusados de ansiedad; evitación de estímulos que recuerdan el trauma.
- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Los síntomas excesivos y exagerados de ansiedad y preocupación se relacionan con una gran variedad de acontecimientos o situaciones, a diferencia de la fobia social o de la fobia específica. La preocupación es intensa y difícil de controlar. Se asocia a síntomas de tensión motora (temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (respuestas exageradas de sobresalto, insomnio). Lo anterior provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, etc. El diagnóstico exige que el problema se haya prolongado por más de 6 meses.¹⁵
- **Trastorno adaptativo (de adaptación) con ansiedad.** Se diagnostica cuando los síntomas se dan en respuesta a un estresante psicosocial específico, identificable, y

¹⁴ El trastorno, señala el manual, puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. En los niños, el temor intenso o la desesperanza se pueden expresar a través de un comportamiento desorganizado o agitado. La reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos, donde se manifiestan temas o aspectos del acontecimiento traumático.

Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, aunque puede haber un lapso de meses, incluso años, hasta que aparezcan. Inicialmente puede confundirse con el trastorno por estrés agudo.

La duración es variable: la mitad de los casos se recuperan completamente en los tres primeros meses; en otros persisten algunos síntomas un año después del acontecimiento traumático.

Con frecuencia se asocian otros trastornos: trastorno depresivo mayor, fobias, trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

¹⁵ El DSM IV-AP precisa que este trastorno es relativamente poco frecuente, si bien la ansiedad es un síntoma muy frecuente. Se diagnostica si la ansiedad no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental: trastorno de angustia, fobia social, anorexia nerviosa, hipocondría, trastorno dismórfico corporal (ansiedad que hace referencia a tener un defecto en el aspecto físico).

El trastorno suele coexistir con un trastorno del estado de ánimo (depresivo mayor, distímico) o con otro trastorno de ansiedad (trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias. No es raro que se inicie a partir de los 20 años, aunque más de la mitad de los que lo sufren aseguran que comenzó en la niñez o adolescencia.

no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos descritos anteriormente. Aparecen síntomas emocionales y comportamentales en respuesta a ese estresante dentro de los 3 meses en que ha estado presente. El malestar es mayor de lo esperable y se produce un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica. Una vez que ha cesado el estresante, los síntomas no persisten más allá de los 6 meses. (Si persisten más allá, hay que considerar los otros trastornos del algoritmo).¹⁶

Completamos el algoritmo de la ansiedad señalando cuál es la “lógica” que subyace a la secuencia de pasos, según el mismo DSM-IV AP, y que puede servir de repaso y ser útil para formarse una visión de conjunto:

- El algoritmo de los trastornos de ansiedad se basa en el curso y el contexto de los síntomas de la ansiedad.

Los que se citan primero son los relacionados con una enfermedad médica o con el consumo de sustancias.

El algoritmo incluye manifestaciones que se caracterizan por síntomas que se dan en intervalos breves de tiempo (ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia), seguido de manifestaciones caracterizadas por síntomas que se dan únicamente en situaciones específicas (ej., agorafobia, fobia social, fobia específica), manifestaciones caracterizadas por síntomas que se dan únicamente en respuesta a situaciones estresantes (ej., trastorno adaptativo, trastorno por estrés postraumático) y, finalmente, manifestaciones más intensas y crónicas (ej., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo).

ALGORITMO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO

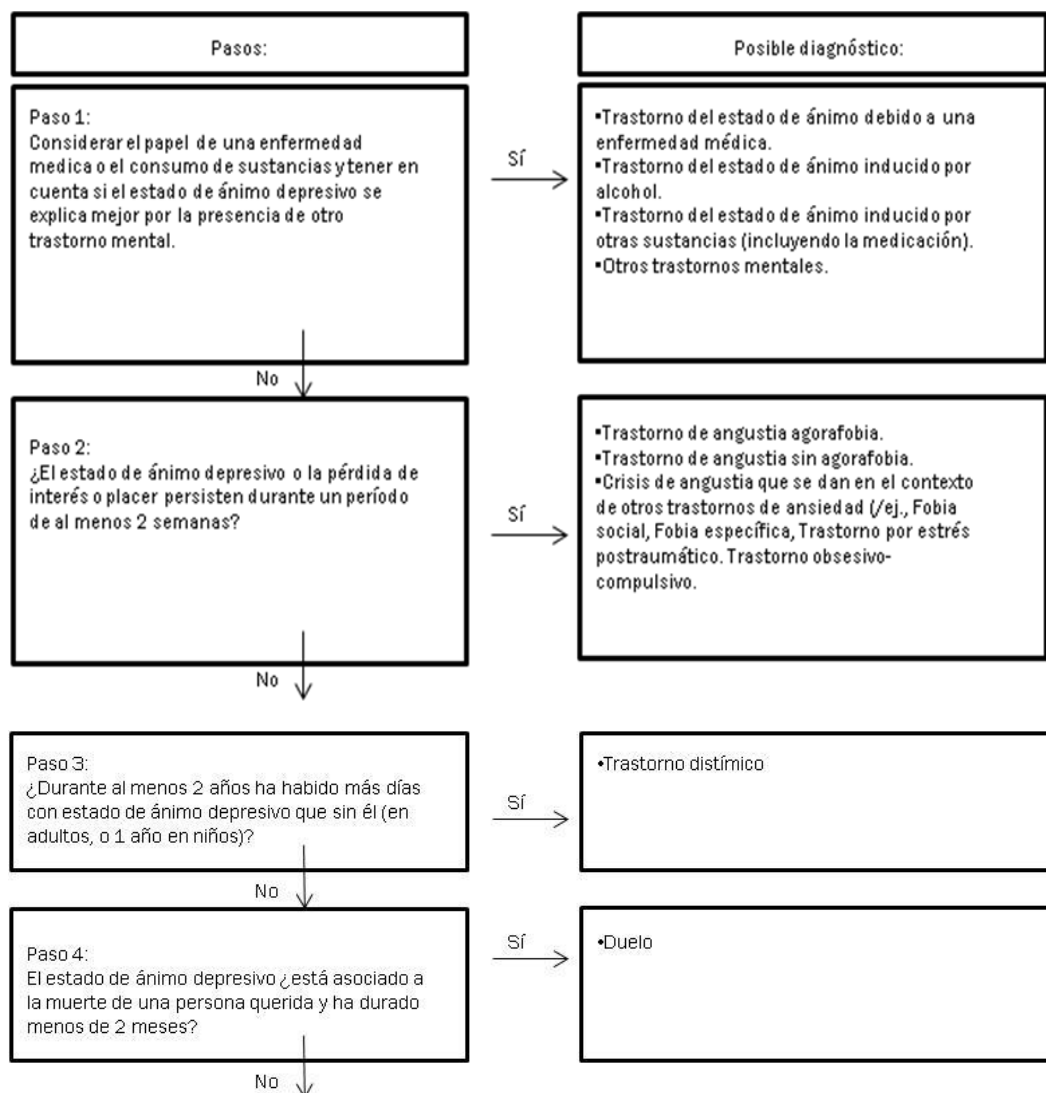
A continuación anotamos el diagrama simplificado de los pasos y las soluciones diagnósticas del algoritmo del estado de ánimo depresivo, al cual acudirá el clínico si la persona presenta síntomas tales como insomnio, falta de energía, pérdida de peso y determinados síntomas físicos y psíquicos asociados, por lo general, a los cuadros depresivos. No deja de ser interesante examinar las formas que asume la depresión: en Chile, con frecuencia aparecen en la prensa titulares que aluden a estudios que afirman que “junio de cada cinco chilenos tiene depresión”!

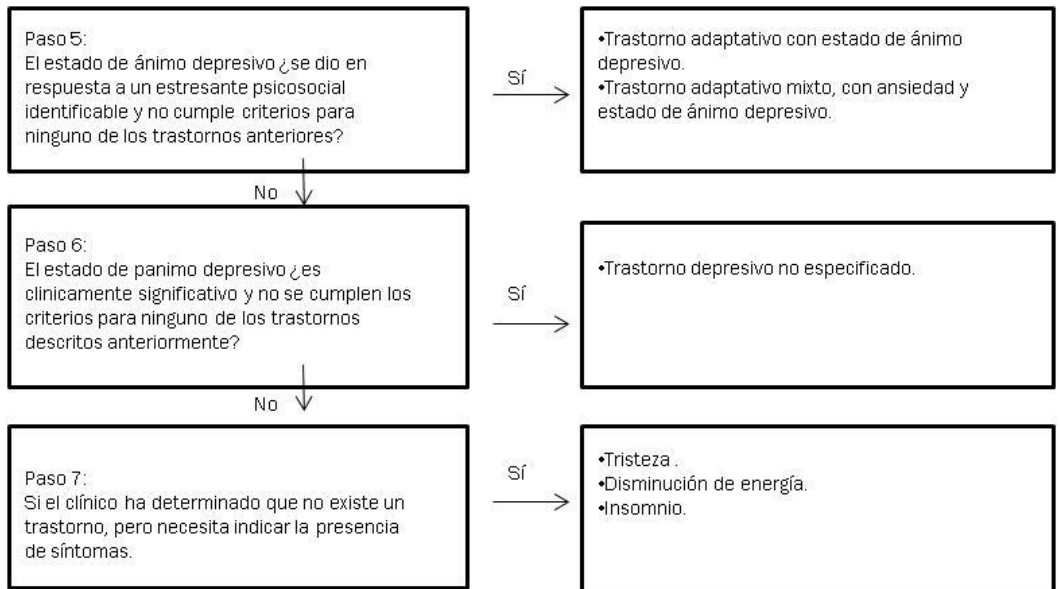
En la sección del DSM IV-AP dedicada -tal como en el DSM IV- a los Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia, se precisa en relación a niños y adolescentes:

“Determinados síntomas de los trastornos depresivos son más frecuentes en los niños que en los adultos, incluyendo enfermedades somáticas, irritabilidad y aislamiento social, mientras que la inhibición psicomotora, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes. Los niños y adolescentes depresivos, al igual que los adultos, pueden presentar ideación suicida, y los

¹⁶ Los trastornos adaptativos o de adaptación pueden asumir diferentes formas: con ansiedad; con estado de ánimo depresivo; con trastornos de comportamiento; y formas mixtas.

clínicos deberían estar al tanto de los indicadores de riesgo de suicidio en esta población”.





Como ocurrió con el algoritmo anterior, haremos ahora una breve descripción -en general con los términos exactos del manual- de los trastornos que incluye el algoritmo del estado de ánimo depresivo.

El orden es el mismo determinado por los “pasos” del algoritmo:

- **Trastorno del estado de ánimo depresivo debido a una enfermedad médica.** Se da un estado de ánimo depresivo o una notable pérdida de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades, que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral. El clínico deberá decidir si las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, por ejemplo, neurológica, endocrina, metabólica, vascular cerebral, autoinmune, etc. (El manual cita varias de tales enfermedades).
- **Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.** Se da un estado de ánimo depresivo o una notable pérdida de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades, que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral. A partir de la historia clínica, exploración física o pruebas de laboratorio, el clínico decide si hay intoxicación por o abstinencia de sustancias significativas. Por ejemplo, alcohol, cocaína, anfetaminas... Hay también una serie de fármacos que provocan ansiedad (En el manual se nombran algunos).
- **Trastorno del estado de ánimo depresivo explicado por otros trastornos mentales.** El clínico debe considerar o descartar en este paso otros trastornos mentales que pueden explicar mejor los síntomas (por ejemplo, trastornos asociados normalmente al insomnio o fatiga excesiva).

Episodio depresivo mayor. Presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, casi a diario, con un cambio respecto a la actividad previa: estado de ánimo depresivo (en los niños y adolescentes puede ser ánimo irritable); disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades; pérdida o aumento importante de peso sin hacer régimen; insomnio o hipersomnia; agitación o inhibición psicomotoras; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida.

- Si se cumplen los criterios y no existe una historia de episodios previos depresivos, maníacos o hipomaníacos, se considera: Trastorno depresivo mayor, episodio único.¹⁷
- Si ha habido más de un episodio depresivo mayor, sin historia de episodios maníacos o hipomaníacos, se considera: Trastorno depresivo mayor, recidivante (recurrente).¹⁸
- Si se cumplen los criterios y, además, existe una historia de estados de ánimo elevado, expansivo o eufórico, se considera:
 - Trastorno bipolar I.¹⁹
 - Trastorno bipolar II.²⁰

¹⁷ Los criterios son muy rigurosos. Sin embargo el clínico precisa si el trastorno lo considera: 1 Leve. 2 Moderado. 3 Grave sin síntomas psicóticos. 4 Grave con síntomas psicóticos, además de las posibles categorías de “en remisión” o “no especificado”.

¹⁸ Lo mismo que en nota anterior.

¹⁹ Trastorno caracterizado por uno o más episodios maníacos y más típicamente uno o más episodios depresivos mayores. Asume diferentes formas.

Episodio maníaco= período de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana, con síntomas tales como: grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, distractibilidad, aumento o implicación excesiva en determinadas actividades. Familiares y amigos son los primeros en darse cuenta de que la persona se está comportando de forma anormal y hace cosas extrañas.

²⁰ Trastorno caracterizado por episodios depresivos mayores recurrentes seguidos o precedidos por episodios hipomaníacos.

Episodio hipomaníaco= período de 4 días (o más) de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, parecido al episodio maníaco en los síntomas (ej., aumento de actividad), pero menos grave (no provoca deterioro significativo). La distinción entre manía e hipomanía se basa en el grado de deterioro. En el episodio hipomaníaco no hay un deterioro acusado de la actividad social o laboral.

Aparte del trastorno bipolar I y trastorno bipolar II, existe el “trastorno ciclotímico”, que consiste en la alteración crónica del estado de ánimo, que comprende numerosos períodos de hipomanía y estado de ánimo depresivo. Las fluctuaciones entre estados de ánimo depresivo y elevado son menos graves que en un trastorno bipolar, o de menor duración. El DSM IV contempla también, por supuesto, el “trastorno bipolar no especificado”.

- **Trastorno distímico.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos 2 años (en niños y adolescentes, 1 año). Los síntomas no son tan graves o incapacitantes como en el trastorno depresivo mayor. Deben darse dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

No se diagnostica si la persona ha presentado alguna vez un episodio maníaco o hipomaníaco. (Deberá decidirse si se trata del trastorno bipolar o trastorno ciclotímico).²¹

El trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso en la niñez, adolescencia o edad adulta temprana, y un curso crónico. Más frecuente en mujeres que en varones.

- **Duelo.** Categoría que se utiliza cuando el estado de ánimo depresivo está asociado a la muerte de una persona querida y dura menos de dos meses. Como parte de su reacción a la pérdida, el sujeto presenta síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como 'normal' aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar síntomas asociados, por ejemplo, el insomnio.
- **Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.** Se diagnostica cuando los síntomas (de depresión) se dan en respuesta a un estresante identificable (pérdida de trabajo, divorcio) y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos descritos anteriormente. Los síntomas emocionales y comportamentales tienen lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante y no persisten más de 6 meses después del cese del estresante. El malestar es mayor de lo esperable y se produce un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.²²
- **Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.** Se diagnostica cuando los síntomas (de depresión y ansiedad) se dan en respuesta a un estresante identificable (pérdida de trabajo, divorcio...) y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos descritos anteriormente. Los síntomas emocionales y comportamentales tienen lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante y no persisten más de 6 meses después del cese de aquél. El malestar es mayor de lo esperable y se produce un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.²³

²¹ Si se cumplen todos los criterios de episodio depresivo mayor durante, al menos, los dos últimos años, se diagnostica "trastorno depresivo mayor, crónico", en lugar de trastorno distímico.

²² Si los síntomas persisten más allá de los 6 meses, deben considerarse los demás trastornos del algoritmo.

²³ Si los síntomas persisten más allá de los 6 meses, deben considerarse los demás trastornos del algoritmo.

- **Trastorno depresivo no especificado.** Se incluyen aquí esos casos de personas con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos definidos anteriormente.

El DSM-IV AP describe otros procesos conocidos como “subumbrales” (trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno disfórico premenstrual, depresión sospechada o enmascarada), que dan cuenta de la variedad de otras formas que puede asumir la depresión. Sin embargo, si ha existido previamente un episodio de trastorno depresivo mayor, se estima en el manual que los síntomas depresivos subumbrales se explican mejor por un “trastorno depresivo mayor, en remisión parcial”. El algoritmo, finalmente, sugiere al clínico, cuando este estima que no se dan las condiciones para diagnosticar ninguno de los trastornos, simplemente señalar la presencia de determinados síntomas: tristeza, insomnio, disminución de energía...

Completamos el algoritmo del estado de ánimo depresivo señalando cuál es la “lógica” que subyace a la secuencia de pasos, según el DSM IV-AP, y que puede servir de repaso y para formarse una visión de conjunto:

- El algoritmo del estado de ánimo depresivo está organizado de manera que, en primer lugar, uno se dirige a los diagnósticos que implican un tratamiento inmediato (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, y trastorno depresivo mayor).

En segundo lugar, uno se dirige a las enfermedades depresivas crónicas (trastorno distímico y trastorno depresivo mayor, crónico).

Y, por último, el algoritmo acaba con tres enfermedades que los profesionales de atención primaria suelen ver con frecuencia: duelo (reacción de duelo), trastorno adaptativo y trastorno depresivo no especificado.

La categoría de trastorno depresivo no especificado permite codificar a los pacientes de atención primaria que presentan síndromes de incapacitación funcional que pueden ser tan frecuentes o más que el trastorno depresivo mayor y que no se han descrito en el esquema diagnóstico.

Estos síndromes incluyen en trastorno depresivo menor, el trastorno depresivo breve recurrente, el trastorno mixto ansioso-depresivo, el trastorno disfórico premenstrual, la depresión sospechada o enmascarada y otras formas no específicas de depresión.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL DSM-V

Las secciones del manual más directamente relacionadas con la materia son las que se enlistan a continuación. El lector advertirá que a varios de los cuadros ya se ha hecho referencia con bastante detalle, en especial, porque aparecen en las versiones anteriores del DSM.

TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Se incluyen, entre otros, el Trastorno bipolar I; Trastorno bipolar II; Trastorno ciclotímico; Trastorno bipolar y trastorno.

El clínico debe especificar una serie de características, entre ellas, el nivel de severidad (leve, moderado, etc.).

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Se incluyen el Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo; Trastorno de depresión; Trastorno depresivo persistente (distimia); Trastorno disfórico premenstrual; Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos; Trastorno depresivo no especificado.

Se deben especificar una serie de características, entre ellas, el nivel de severidad (leve, moderado, etc.).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Se incluyen, entre otros, el Trastorno de ansiedad por separación; Mutismo selectivo; Fobia específica (entre ellas, miedo a animal, sangre-inyección-lesión, miedo a las inyecciones y transfusiones o a otra atención médica...); Trastorno de ansiedad social (fobia social); Trastorno de pánico; Agorafobia; Trastorno de ansiedad generalizada; Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos; Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica; Trastorno de ansiedad no especificado.

Se deben especificar una serie de características, entre ellas, el nivel de severidad.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Aquí el clínico debe especificar si es: Con introspección de la enfermedad buena o aceptable; Con poca introspección de la enfermedad; Con ausencia de introspección de la enfermedad/ con creencias delirantes. Se incluyen el Trastorno obsesivo-compulsivo; Trastorno dismórfico corporal; Trastorno de acumulación; Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello); Trastorno de excoriación (dañarse la piel); Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducidos por sustancias/medicamentos; Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado debido a otra afección médica; Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado no especificado.

Admiten una serie de especificaciones, entre ellas, coocurrencia de los diferentes trastornos.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS

Se incluyen, entre otros, el Trastorno de apego reactivo; Trastorno de relación social desinhibida; Trastorno de estrés postraumático; Trastorno de estrés agudo; Trastorno de adaptación (con estado de ánimo deprimido; o con ansiedad; o con alteración de la conducta; o con alteración mixta de las emociones o la conducta); Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado. Admiten una serie de especificaciones.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Se incluyen el Trastorno de identidad disociativo; Amnesia disociativa (que puede ser con fuga disociativa); Trastorno de despersonalización/desrealización; Trastorno disociativo no especificado.

Es de interés destacar que en marzo de 2015 se llevó a cabo en Barcelona, España, el 22° Simposio Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría. Entre los temas a abordar por los expertos internacionales, están contemplados: “Tratamiento de los síntomas cognitivos en la depresión: enfoque farmacológico y enfoque psicosocial”; “Desregulación emocional en ciclotimia, bipolaridad II y trastorno límite de personalidad; “Ubicuidad nosológica de los síntomas disociativos”. “Objetivo del tratamiento en el TOC: ansiedad vs. compulsión”; “Los límites del DSM-5”.

El lector puede acceder directamente a la página Web:
<http://www.controversiasbarcelona.org/>

En esta misma página web se informa que en mayo de 2020 se llevó a cabo el simposio internacional N° 27, centrado en un tema de enorme actualidad: violencia y agresión.

El Simposio Internacional 28, en plena pandemia, lleva por lema "El reto de la prevención". Trasmisión en directo vía streaming: 16 y 17 de septiembre de 2021.