

5to Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

# Semiología psiquiátrica en el consultorio pediátrico

Dra. Mónica Oliver

# Porque un curso de psiquiatría en el consultorio pediátrico?

---

- Promover la la salud mental y emocional del niño y su familia.
- Detectar alteraciones precoces del desarrollo psicológico.
- Detectar signos precoces de sufrimiento emocional.
- Reconocer y descifrar sintomatología de origen emocional.

# Porque un curso de psiquiatría en el consultorio pediátrico?

---

- Conocer cuando indicar la consulta con el profesional de salud mental que corresponda.
- Asesorar a la familia sobre temas de salud mental pediátrica.

- 
- Relato de la historia de una niña de tres años

# La historia de un niño

---

- Constitución débil.
- Rehén en el conflicto entre dos familiares.
- Abandono de los padres.
- Creencia de los adultos que no le afectaría.
- Ruptura brusca del vínculo con la abuela.
- Revinculación brusca con sus padres.

# La historia de un niño

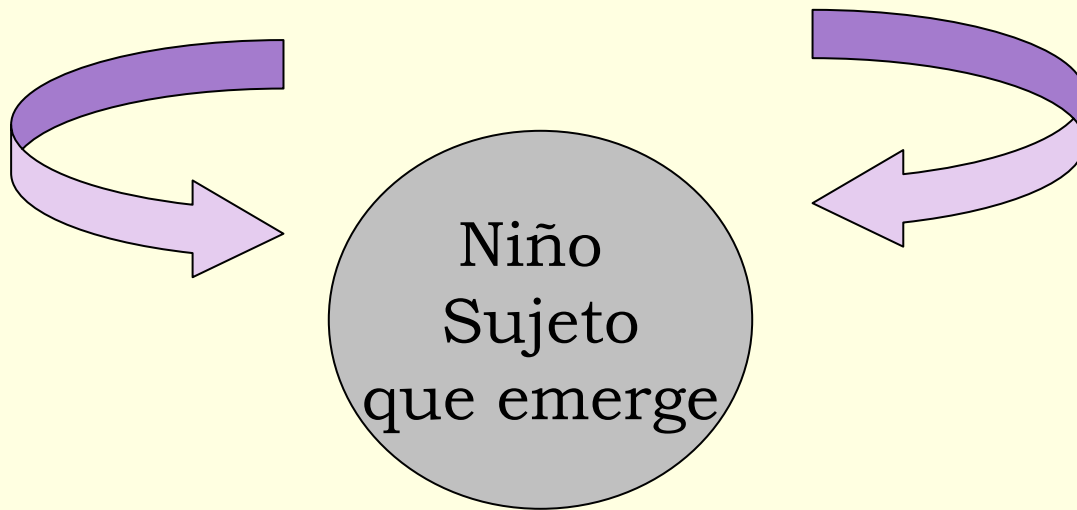
## **Consecuencias emocionales para la niña:**

- Retracción, disociación, falta de deseo.
- Sentimientos de extrañeza y ajenidad.
- Sentimientos de no pertenencia.
- En la nueva “ atmósfera “ se volvió taciturna, difícil, desconfiada e insegura y lloraba con frecuencia
- Solo era comprendida por una hermana mayor.

# La historia de un niño

---

- Fue posible armar un relato en la vida adulta de lo sucedido, una narrativa explicativa, los recuerdos fueron recuperados por la existencia del lenguaje ( 3 años de edad) junto con el relato del entorno.



Experiencia subjetiva  
Forma de estar con los otros en el mundo

Personaje en una historia personal



# Preguntas

---

- Existe el sufrimiento emocional en el niño?
- ¿El niño se angustia?, ¿se deprime?, se enoja?, ¿se autoagrede?, ¿se disocia?
- ¿Por qué cada niño resuelve en forma diferente las circunstancias adversas?
- ¿Podemos “clasificar” las historias, las diferentes experiencias subjetivas?

# Preguntas

---

- ¿Podemos diagnosticar?
- Si diagnosticamos y clasificamos, ¿se pierde la comprensión de la subjetividad?
- ¿Se homogeiniza la experiencia humana?
- ¿Qué ocurre con las vivencias anteriores a la construcción del lenguaje?

# Manifestaciones emocionales en la infancia

---

- **Tristeza**: duelos, pérdidas, problemas vinculares transitorios.
- **Ansiedad**: crisis familiares, estresores agudos o crónicos.
- **Miedos** evolutivos.
- **Dificultades en el desarrollo** transitorias.
- Manifestaciones emocionales en relación a una **situación traumática**.
- **Dificultades en la regulación** del sueño, alimentación, control esfínteres.

# Diferenciar normalidad de patología

---

- Desciframiento e interpretación de la conducta “ sintomática” requiere un análisis exhaustivo que siempre debe incluir:
  - \* Etapa del desarrollo del niño.
  - \* Vincularidad actual con sus cuidadores primarios, pares y maestros.
  - \* Historia de la familia.
  - \* Estresores agudos , crónicos.
  - \* Cultura.

# Diferenciar normalidad de patología

---

- Manifestaciones sintomáticas de los niños pueden ser indicadores de salud mental.
- Búsqueda de salida.
- Lucha para modificar el ambiente.
- Comunicación del sufrimiento emocional.

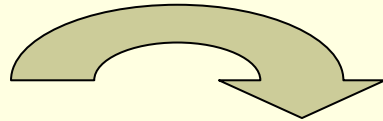
# Diferenciar normalidad de patología

---

- La “ adaptación” a cualquier situación ambiental es normalidad?
- El criterio de normalidad en la infancia esta relacionado con la adaptación sumisa pasiva y un predominio de actitudes para conformar al adulto por temor a perder su afecto o recibir agresión?
- “Compliance” es la capacidad de negociación de los niños con los adultos, no sumisión pasiva.

# Diferenciar normalidad de patología

- Un niño con un Yo fuerte es activo, trata de imponer lo que le gusta, sus deseos, no acepta situaciones de sufrimiento, lucha, se enoja.



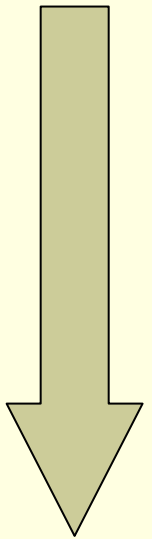
Terrorismo infantil

Estigmatización

Niño depositario

Inversión de la causalidad

Psiquiatrización de la situación del niño



---

- Cuento del hada mala y el héroe



# *Formas de expresión del sufrimiento emocional: Síntomas*

---

- \* **Espectro de ansiedad**: somatizaciones, miedos, fobias, hiperquinesia.
- \* **Espectro estado ánimo**: depresión, manía.
- \* **Espectro psicótico**: delirios , alucinaciones, paranoia, estados pre-psicóticos.
- \* **Espectro autista**: problemas de relación y comunicación
- \* **Espectro alteraciones del desarrollo**.
- \* **Espectro alteraciones de la regulación**: sueño, alimentación.

# Etiología

---

- Cuál es la **causa** que un niño desarrolle sintomatología en diferentes espectros?
- **Multifactorial:** genética, constitución, temperamento, experiencias infantiles tempranas, vínculos familiares, acontecimientos vitales, antecedentes familiares.
- **La causa nunca es única.**
- **Paradigma:** Complejidad - Heterogeneidad.

# Clasificaciones diagnósticas

---

- Es útil clasificar en entidades psicopatológicas?
- Cuál es el beneficio?
- Cual es el riesgo?
- Los diagnósticos de los niños son provisorios o definitivos?
- Estigmatizamos o esclarecemos la situación del niño al definir un diagnóstico?
- El diagnóstico habla acerca de lo que le pasa al niño?

# Características del objeto de estudio: sujeto infantil

---

Complejo

Déficit transitorio versus permanente

Dinámico versus estático

Influído por múltiples variables.

→  
→ Desarrollo

→ Vínculos

→ Historia

→ Cultura

***Enfoque interdisciplinario***

# Diferenciar normalidad de patología

---

- Porque es necesario definir la patología?

Diagnóstico

```
graph TD; A[Diagnóstico] --> B[Estrategia terapéutica]; A --> C[Comunicación entre profesionales]; A --> D[Investigación];
```

The diagram is a flowchart with a central box at the top labeled 'Diagnóstico'. A vertical arrow points downwards from this box to the text 'Estrategia terapéutica'. From the 'Diagnóstico' box, two diagonal arrows point downwards to two separate boxes: 'Comunicación entre profesionales' on the left and 'Investigación' on the right. The boxes are light gray with black borders. The text is in a serif font.

Estrategia terapéutica

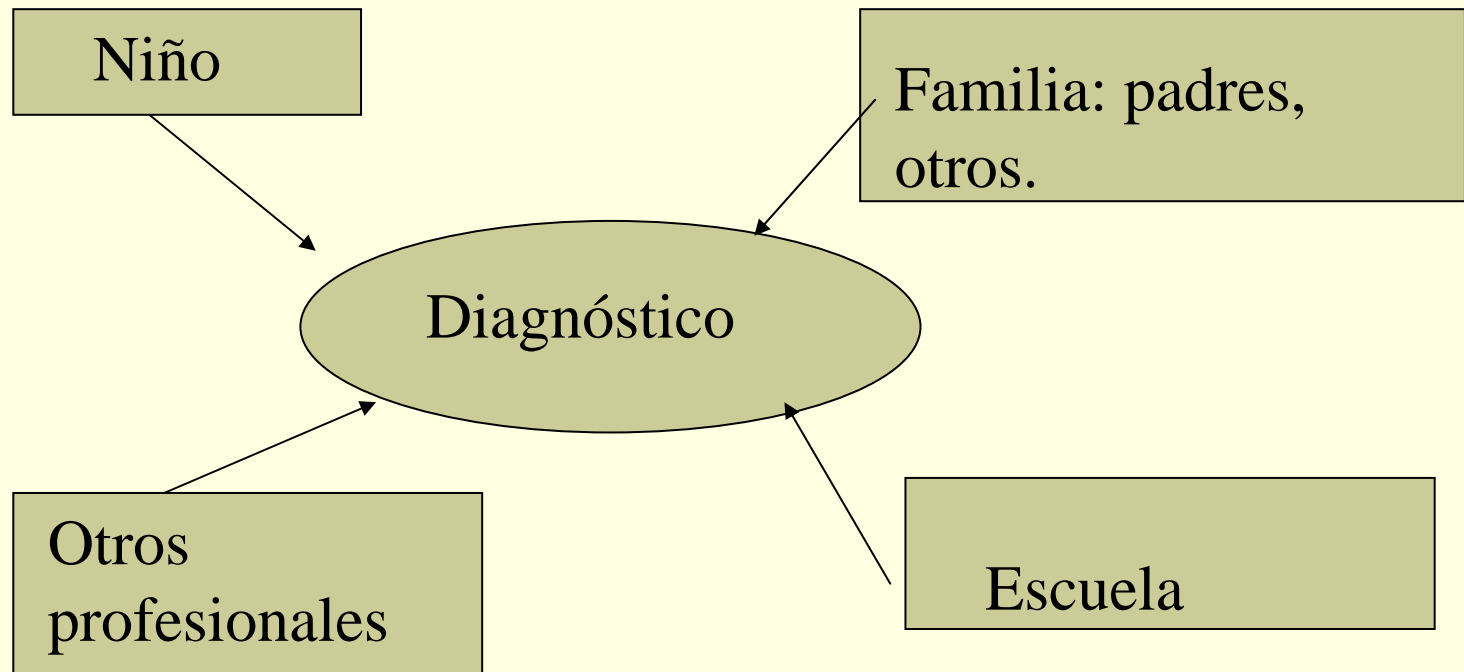
Comunicación  
entre profesionales

Investigación

# Diagnóstico

## Búsqueda de información

---



# ¿Cómo se realiza el diagnóstico?

---

Varias observaciones

Varias fuentes de información

Utilizar clasificación diagnóstica



# ¿Cómo se realiza el diagnóstico?

- **El proceso diagnóstico no ocurre en una entrevista.**
- Se desarrolla en un tiempo para poder comprender:
  - a) Múltiples aspectos del problema.
  - b) Variaciones en la adaptación.
  - c) Variaciones en el desarrollo.

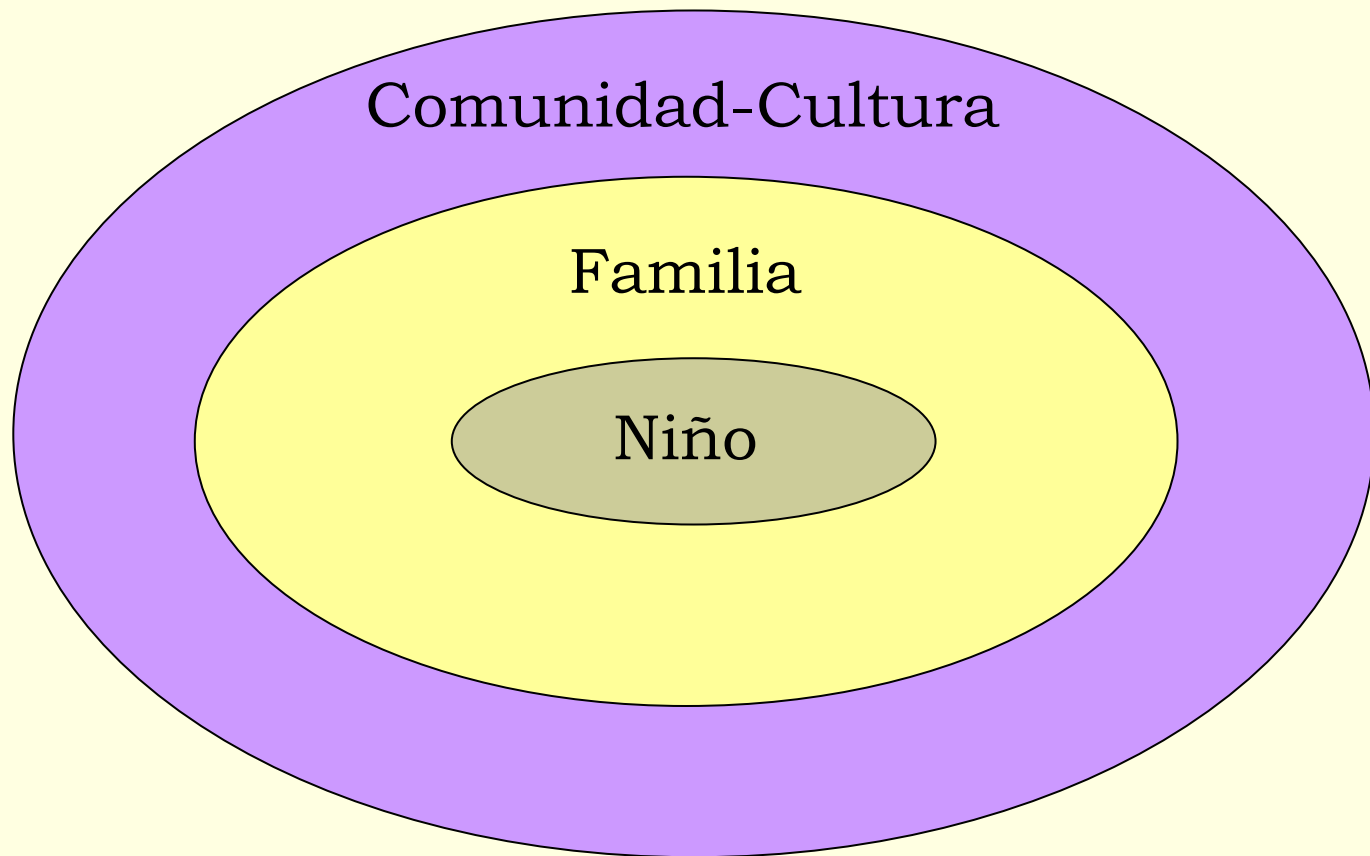
# ¿Cómo se realiza el diagnóstico?

---

- Clasificación diagnóstica es una guía.
- Cada niño tiene su propia progresión en el desarrollo.
- Diferencias en lo motor, sensorial, lenguaje, cognitivo, afectivo, patrones de interacción.

# ¿Cómo se realiza el diagnóstico?

---



# 1) Entrevista con el niño:

**Motivo de consulta**, (si sabe porque vino a la consulta), rol del psicoterapeuta (presentación).

***Se pregunta sobre:***

Escuela: rendimiento académico, relaciones sociales.

Juegos, tipos, con quién.

Hábitos de sueño, relato de sueños.

Alimentación

Estado de ánimo

Ansiedad

Miedos

Descripción de las personas con que convive y pares.

# Entrevista con el niño:

- 1 o 2 **Horas de juego** diagnóstica individuales- 1 o 2 **Horas de juego familiares**. (Si los padres están separados se realizan horas de juegos con cada progenitor)
- **Test Gráficos:** Bender, H T P, Familia Cinética, Dibujo Libre ( con relato libre sobre el dibujo, o armado de una historia), Desiderativo.
- **Cat:** Test proyectivos.

# Entrevistas con los padres

---

- Síntomas y comportamiento actual.
- Historia evolutiva: desarrollo del lenguaje, afectividad, cognición, motricidad, lo sensorial, alimentación, sueño, juego, relación con los padres.
- Historia médica . Embarazo. Parto.
- Descripción por los padres de patrones de interacción con el niño.

# Entrevistas con los padres

---

- Estresores.
- Historia de la pareja y constitución de la familia.
- Funcionamiento familiar y cultural y patrones de comportamiento de la comunidad.
- Padres como individuos.
- Familias de origen.

# Otros Informantes

---

- **Informe escolar**
- - Se solicita cuando la sintomatología se relaciona con la actividad escolar o el pedido de psicodiagnóstico lo hizo la escuela.
- **Solicitar información del pediatra, neurólogo, cirujano, foniatra, etc** Cuando la indicación del psicodiagnóstico la solicitó algún profesional del equipo de salud.
- **Solicitar información de las evaluaciones anteriores que tuvo el niño**



# Diagnóstico

## Búsqueda de información

---

- Si

Estudio psicodiagnóstico del niño y su ambiente.( diagnóstico clínico )

- No

Escalas para padres y maestros.

( un aspecto más de la información sobre la sintomatología)

# Síntomas externalizados

---

*Son visibles, molestan a la familia, ruidosos:*

- Actividad – Impulsividad
- Agresión – Desafío
- Agresión con pares y hermanos.
- Marcado aumento en relación a lo esperable para la edad.

# Síntomas internalizados

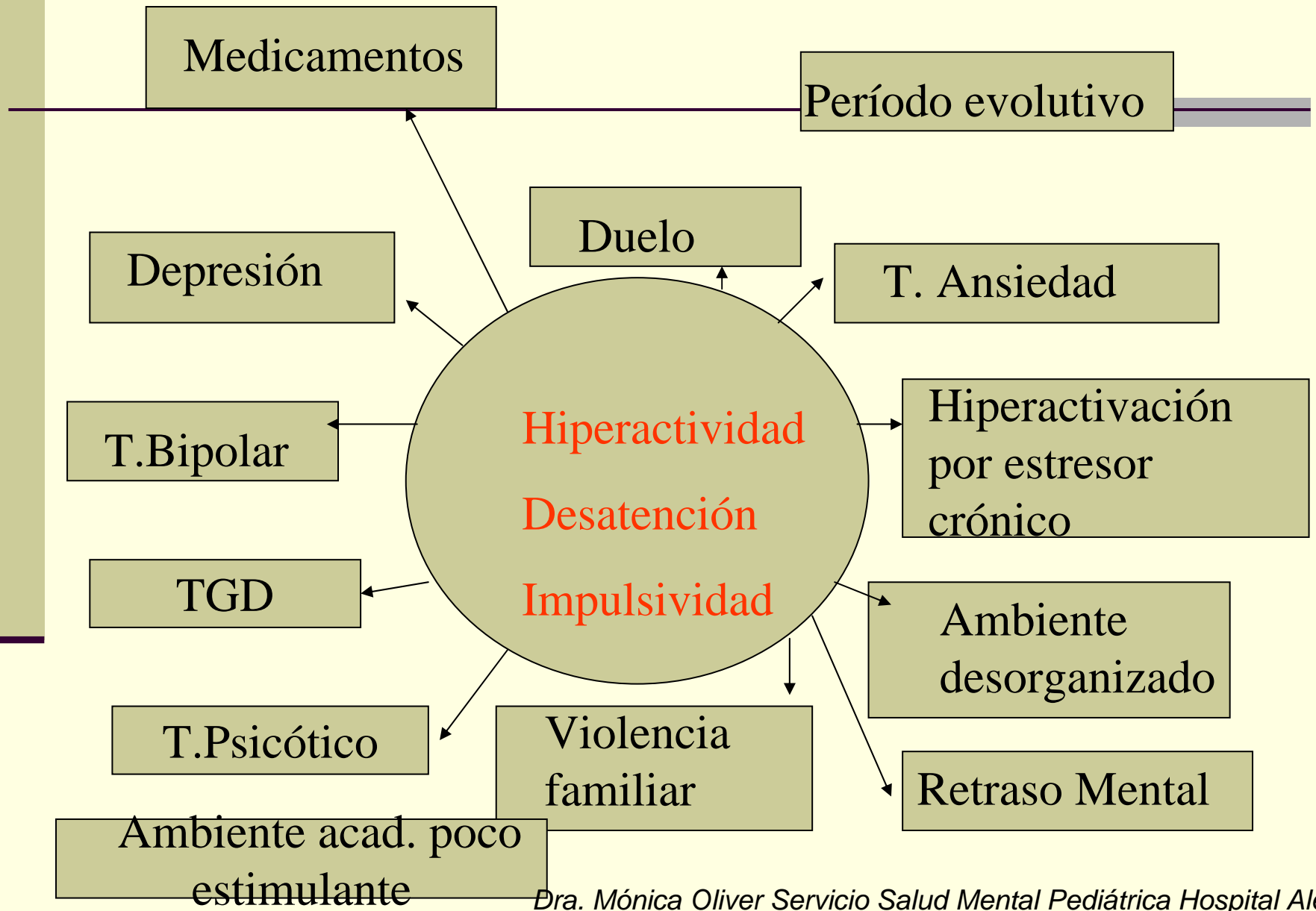
*Retracción física y emocional, sufren silenciosamente*

- Depresión – Retraimiento
- Ansiedad generalizada
- Ansiedad de separación
- Inhibición frente a lo nuevo.

**\* Es menos probable que se detecten y sean tratados.**

---

*Niños con distintas  
patologías comparten  
síntomas y conductas*



# *Impedimentos para realizar un buen diagnóstico:*

---

- Falta de tiempo, apresuramiento.
- Focalizar la atención en ciertas variables del desarrollo y una mirada rápida sobre otras.
- Evitar evaluar aspectos si faltan herramientas.
- Evitar evaluar ciertos aspectos por falta de entrenamiento.

# Árbol de decisiones para la clasificación diagnóstica: Ejemplos

---

- Si existe una condición estresante clara relacionada con el problema de comportamiento o emocional: ***Estrés post traumático***.
- Si existe una pérdida aguda de un cuidador primario: ***Duelo***.
- Si el problema es leve o de relativamente corta duración ( menos de 4 meses) y asociado a un claro evento como vuelta de los padres al trabajo, mudanzas o cambio de cuidador: ***Trastorno adaptativo***.

# Árbol de decisiones para la clasificación diagnóstica: Ejemplos

---

- Si la única dificultad se relaciona con la relación con los padres o cuidadores y no existen otras dificultades independientes de esta relación se clasifica como ***Trastorno de relación.***
- Cuando la dificultad sólo ocurre en cierta situación o en una relación con alguien en particular: ***Trastorno adaptativo o trastorno en la relación con.***
- Si existen patrones crónicos de mala adaptación con retraso del desarrollo en diversas áreas: ***Trastorno de relación y comunicación.***

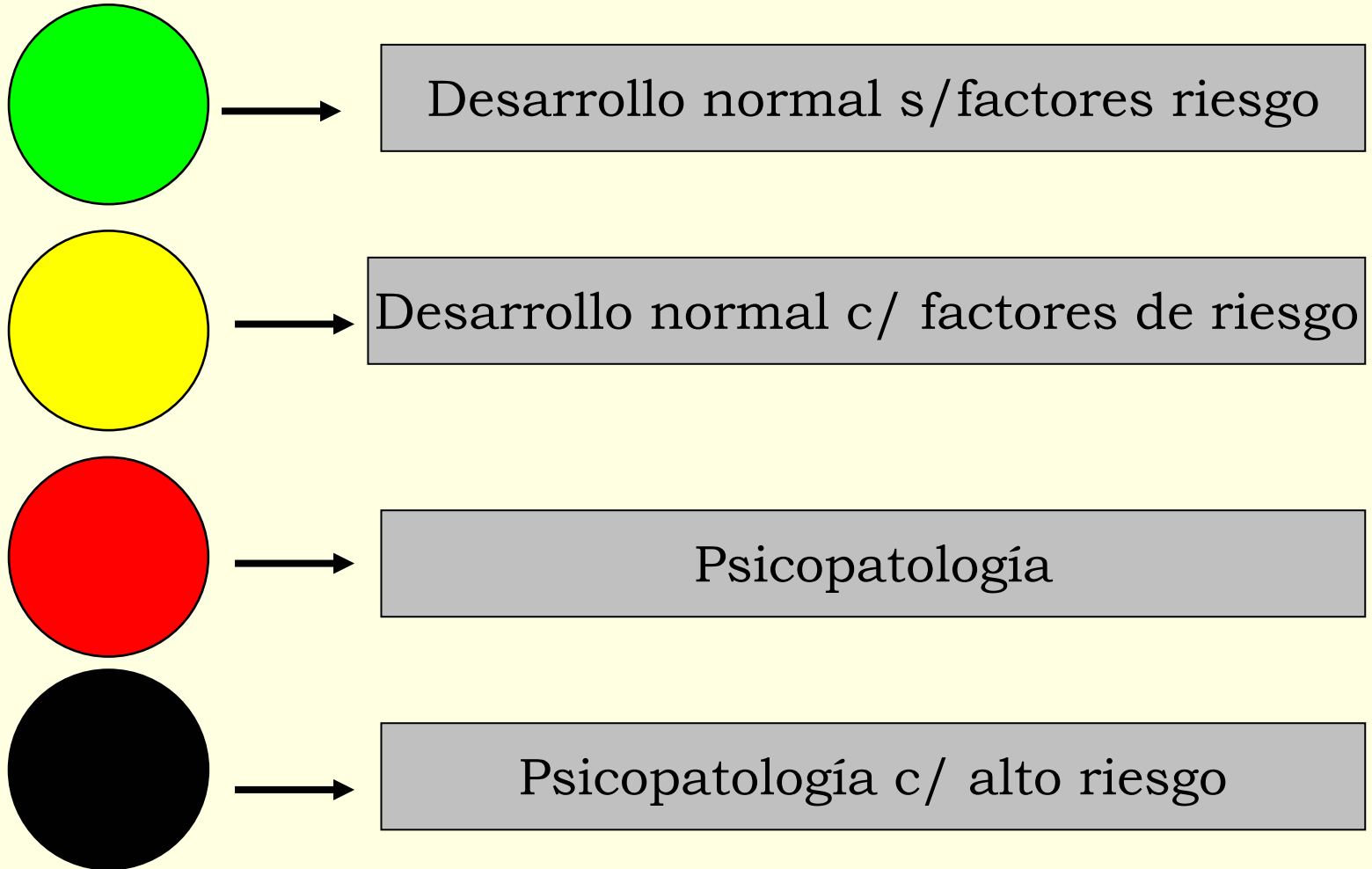


# Pronostico

---

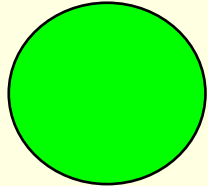
- Imprevisible.
- Depende de múltiples factores.
- Plasticidad y capacidad de cambio de la familia. Involucramiento familiar.
- Temperamento y constitución del niño.
- Adherencia a los tratamientos.
- Calidad de vida de la familia.
- Resiliencia

# Clasificación psicosocial

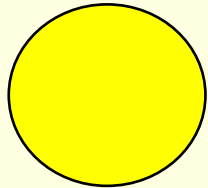


# Toma de decisiones

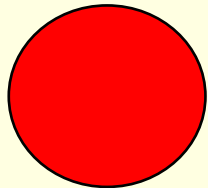
---



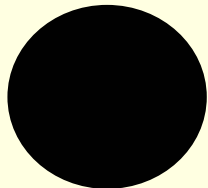
Promoción de factores protectores



Orientación a padres, terapia parental



Terapia del niño y parental



Terapia del niño, parental, intervención judicial.

---

- Cuento del caracol y el elefante



*Dra. Mónica Oliver Servicio Salud Mental Pediátrica Hospital Alemán*

¡ Muchas Gracias !



*Dra. Mónica Oliver Servicio Salud Mental Pediátrica Hospital Alemán*

~~5to Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria~~

# Trastorno Generalizado del Desarrollo



Dra. Mónica Oliver

# Círculos de comunicación e interacción recíproca

## Niño

- Comunicación preverbal

(contacto visual, gestos de imitación, expresión facial, atención conjunta, iniciativa sonrisa, actividad, señalar)

- Juego

(social, simbólico)

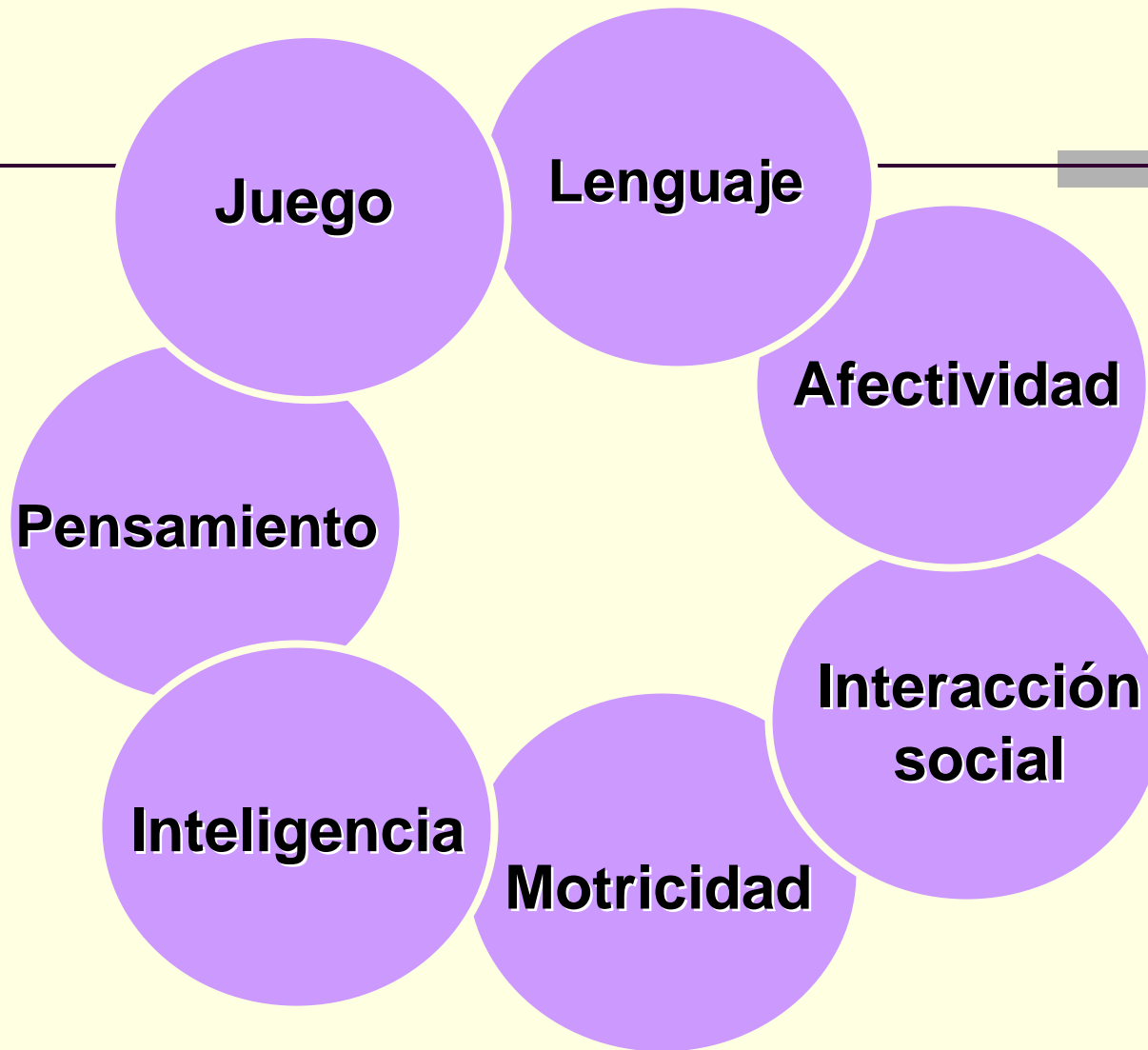
- Estado de ánimo

- Lenguaje

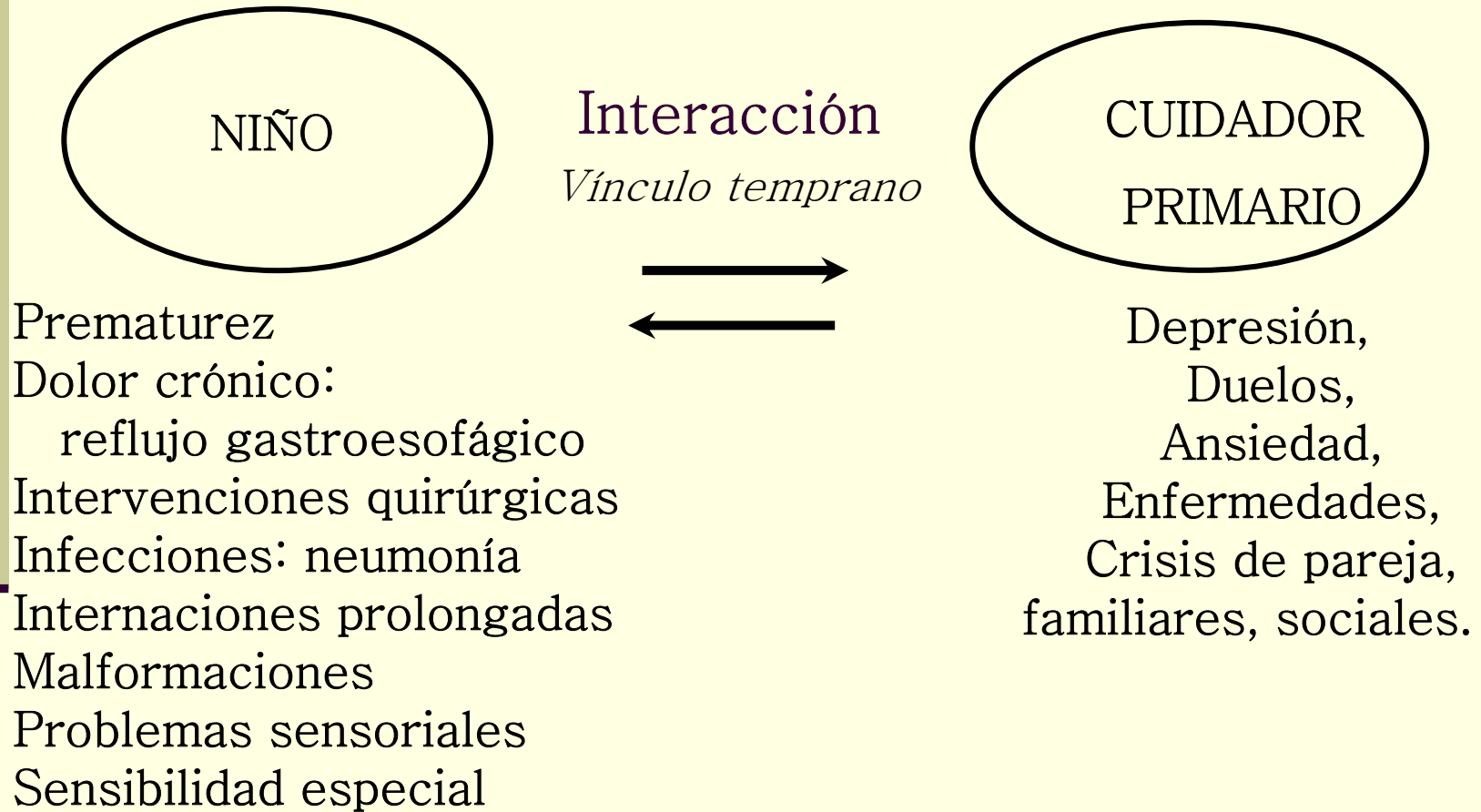
- Regulación afectiva







# Situaciones que interfieren en el bienestar emocional y provocan retracción relacional



# Consecuencias psicológicas

---

- Experiencias estresantes en el comienzo de la vida: retracción emocional defensiva.
- Más conexión con las sensaciones interoceptivas.
- Disminuye la respuesta a estímulos sociales.
- Cicatriz emocional: tendencia a la retracción, problemas de atención.

---

**El retraimiento es un obstáculo para el desarrollo por esto es conveniente que sea evaluado en la consulta pediátrica.**



- Video

# Escala de evaluación del retraimiento emocional en los dos primeros años de vida

## ADBB

- 1- La expresión facial.
- 2- El contacto visual.
- 3- El nivel general de actividad.
- 4- Los gestos de auto estimulación.
- 5- Las vocalizaciones.
- 6- La vivacidad de la reacción a la estimulación.
- 7- La capacidad de entablar una relación.
- 8- La capacidad de atracción del bebé.

# Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

- Grupo de trastornos que aparecen en la temprana infancia (antes de los tres años).
- Severas dificultades en la forma de relacionarse y comunicarse.
- Dificultades en la regulación de procesos sensoriales, atencionales, motores, cognitivos, somáticos y afectivos
- Etiología multideterminada, vulnerabilidad por factores genéticos, neurológicos, ambientales, sensoriales.

# Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

---

- Aumento del número de niños afectados.
- Entre 12 y 15 meses el sistema gestual preverbal de comunicación detuvo su desarrollo.
- Se utiliza para categorizar niños muy diferentes.



# Criterios para el diagnóstico de Trastorno autista DSM IV

---

## Alteración cualitativa de la interacción social:

- a) Alteración del uso de múltiples **comportamientos no verbales.**
- b) **Incapacidad para desarrollar relaciones** con compañeros.
- c) **Falta de reciprocidad social o emocional**

# Criterios para el diagnóstico de Trastorno autista

## DSM IV

### Alteración cualitativa de la comunicación

- a) **Retraso o ausencia** total del desarrollo del lenguaje oral
- b) Utilización **estereotipada y repetitiva** del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- c) **Ausencia de juego** realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

# Criterios para el diagnóstico de Trastorno autista DSM IV

## Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos:

- a) **Preocupación absorbente** por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés.
- b) **Adhesión aparentemente inflexible** a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c) **Manierismos motores** estereotipados y repetitivos (ej: sacudir o girar las manos o dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo)
- d) **Preocupación persistente** por parte de objetos

# Manual de Clasificación Diagnóstica 0-3

## Trastornos de relación y comunicación

---

- Históricamente eran descriptos como Trastornos autísticos.
- Niños que presentaban algunas pero no todas las características del trastorno autístico eran descriptos como Trastornos del espectro autista: TGD no especificado.
- Grupo de niños que presenta patrones de relación con diferencias en la regulación afectiva y variadas de dificultades de procesamiento sensorial y cognitivas.

# Trastornos de relación y comunicación

---

- Las investigaciones actuales muestran que los niños con autismo pueden ser diagnosticados a los dos años.
- El diagnóstico temprano mejora el pronóstico.
- Los padres notaban problemas en el niño durante el primer año de vida.

# Trastornos de relación y comunicación

---

- Formas clínicas diferentes.
- El déficit en la capacidad para relacionarse es primario y es la característica que lo define.
- Múltiples tipos de retraso y alteraciones en el desarrollo.

# Trastornos de relación y comunicación

---

## Trastorno Multisistémico del Desarrollo

- Puede ser usado para el diagnóstico de niños de menos de dos años de edad.
- Se corresponde con TGD no especificado (DSM IV).

# Trastorno Multisistémico del Desarrollo

---

Debe ser considerado en niños desde antes de los dos años que presentan una importante alteración en la comunicación, en el desarrollo motor y en la capacidad de procesamiento sensorial, pero con capacidad de calidez e intimidad en la vinculación.



# Trastorno Multisistémico del Desarrollo

---

## Cuatro áreas alteradas:

**1- Relación**

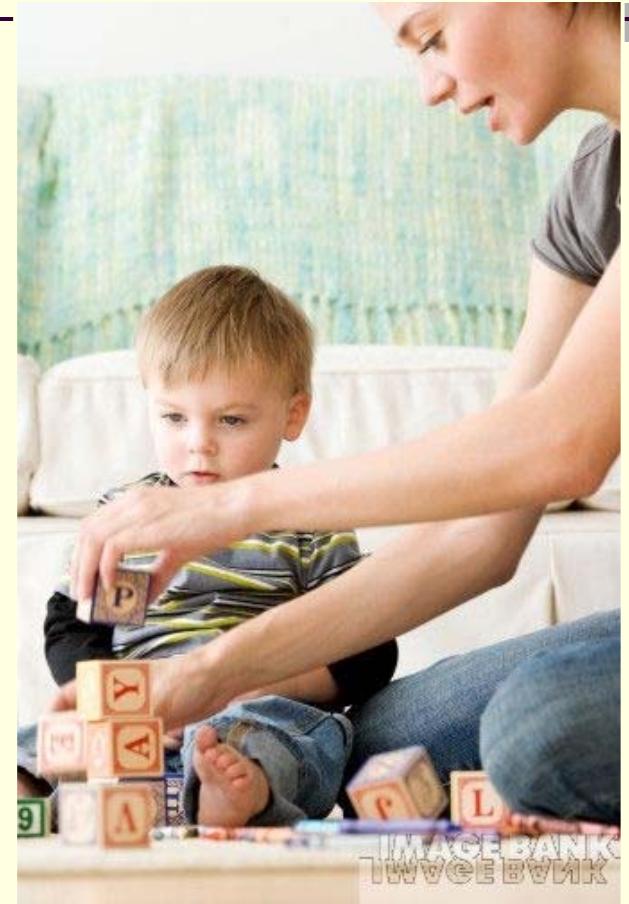
**2- Comunicación**

**3- Afectividad**

**4- Procesamiento sensorial**

# Evaluación diagnóstica

- Audición.
- Estudio genético.
- Evaluación neurológica
- Psicodiagnóstico con evaluación del entorno familiar.
- Evaluación por Atención temprana del desarrollo mientras se realiza la evaluación



# Intervención temprana

---

- Controlar el aumento de estímulos negativos. Dieta de estímulos.
- Favorecer el vínculo afectivo con el entorno. Estímulos positivos. Juego.
- Estimular el contacto físico placentero con el niño pequeño.
- Sesiones de Atención temprana del desarrollo.
- Evaluación psicológica del niño y su familia.
- Terapias vinculares y Orientación a padres.
- Orientación escolar.
- Psicofármacos.

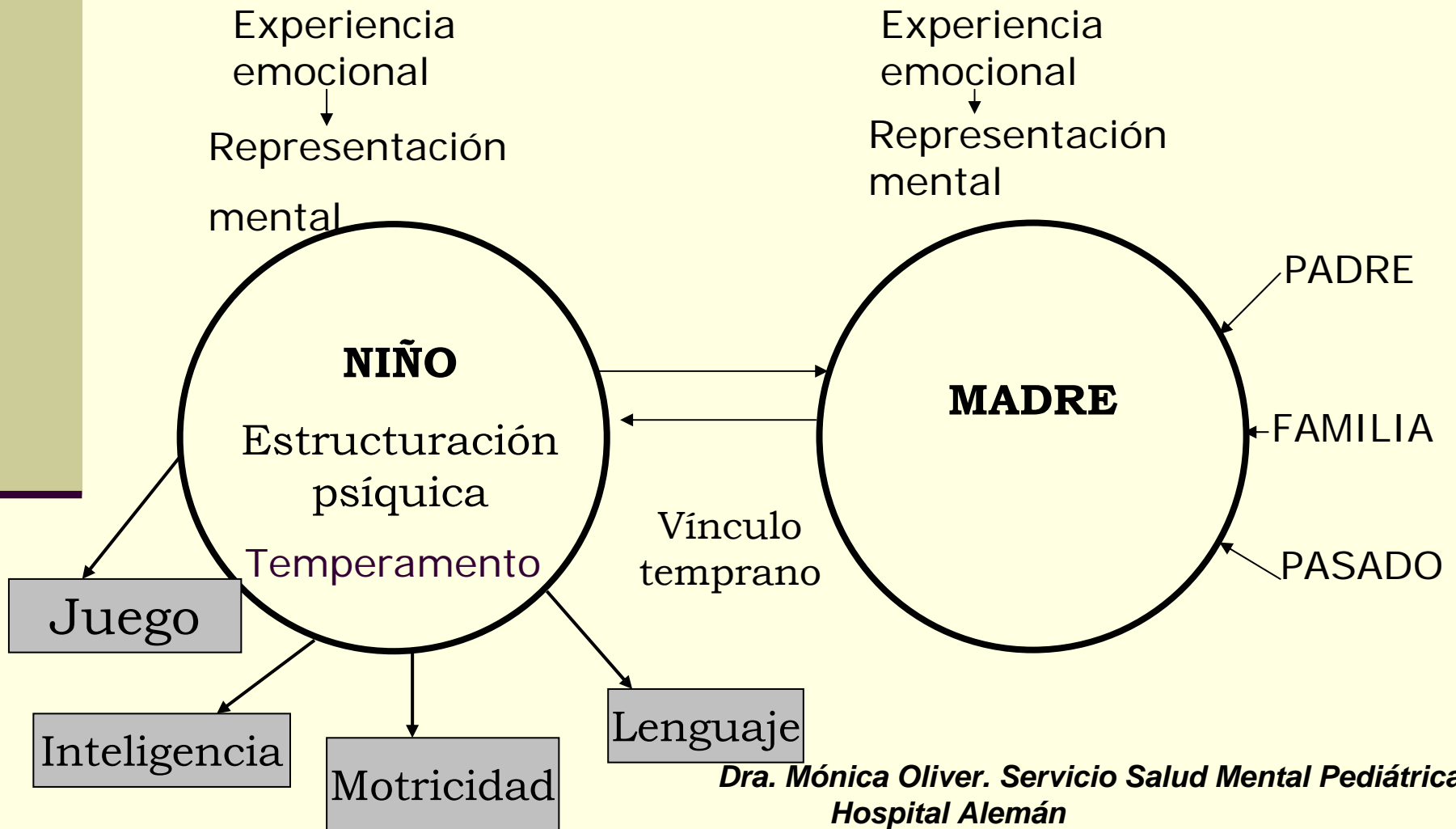


*Seguridad afectiva*

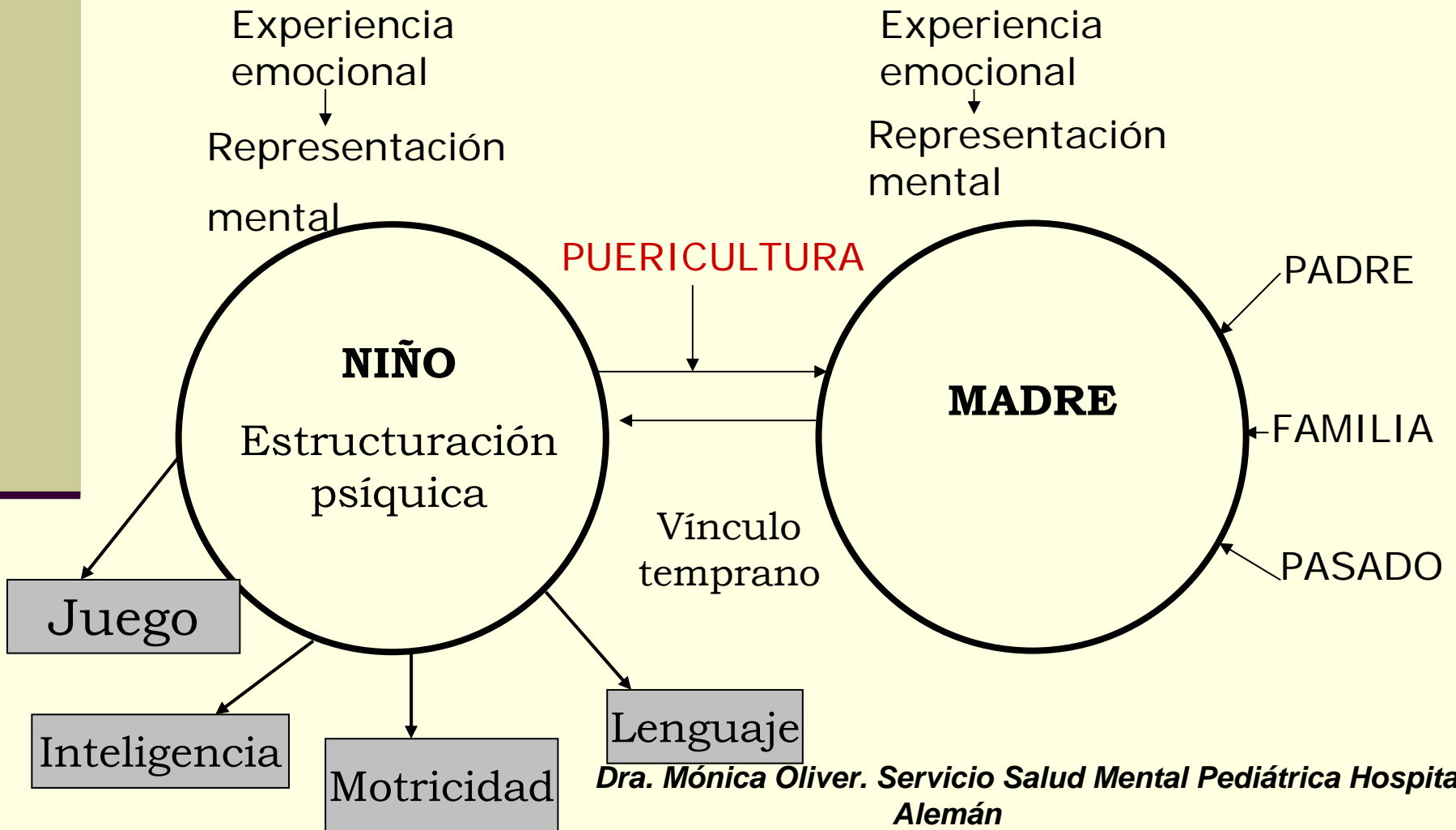
*Libertad de movimientos*

*Respetar la iniciativa*

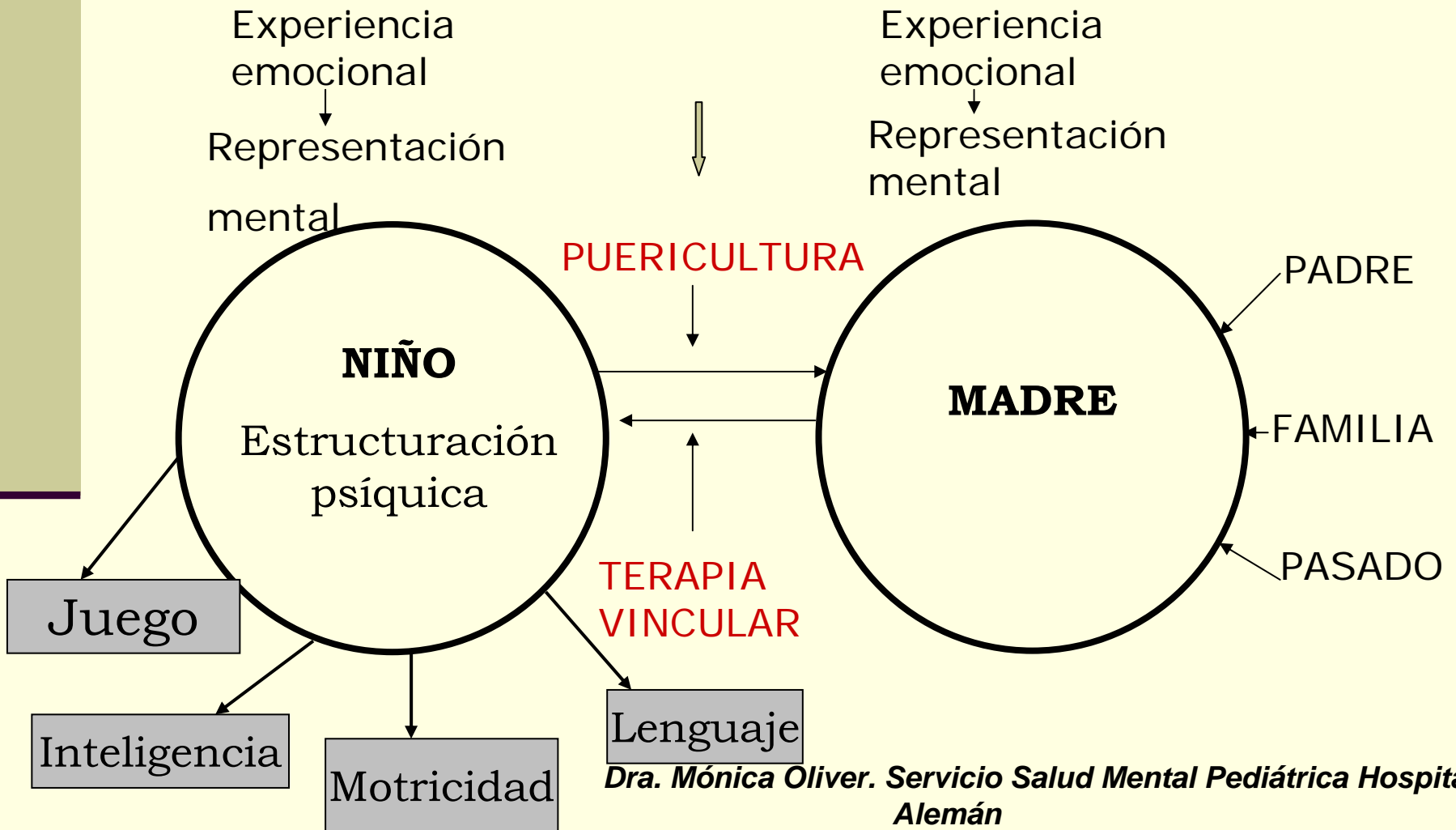
# Intervención temprana psicológica



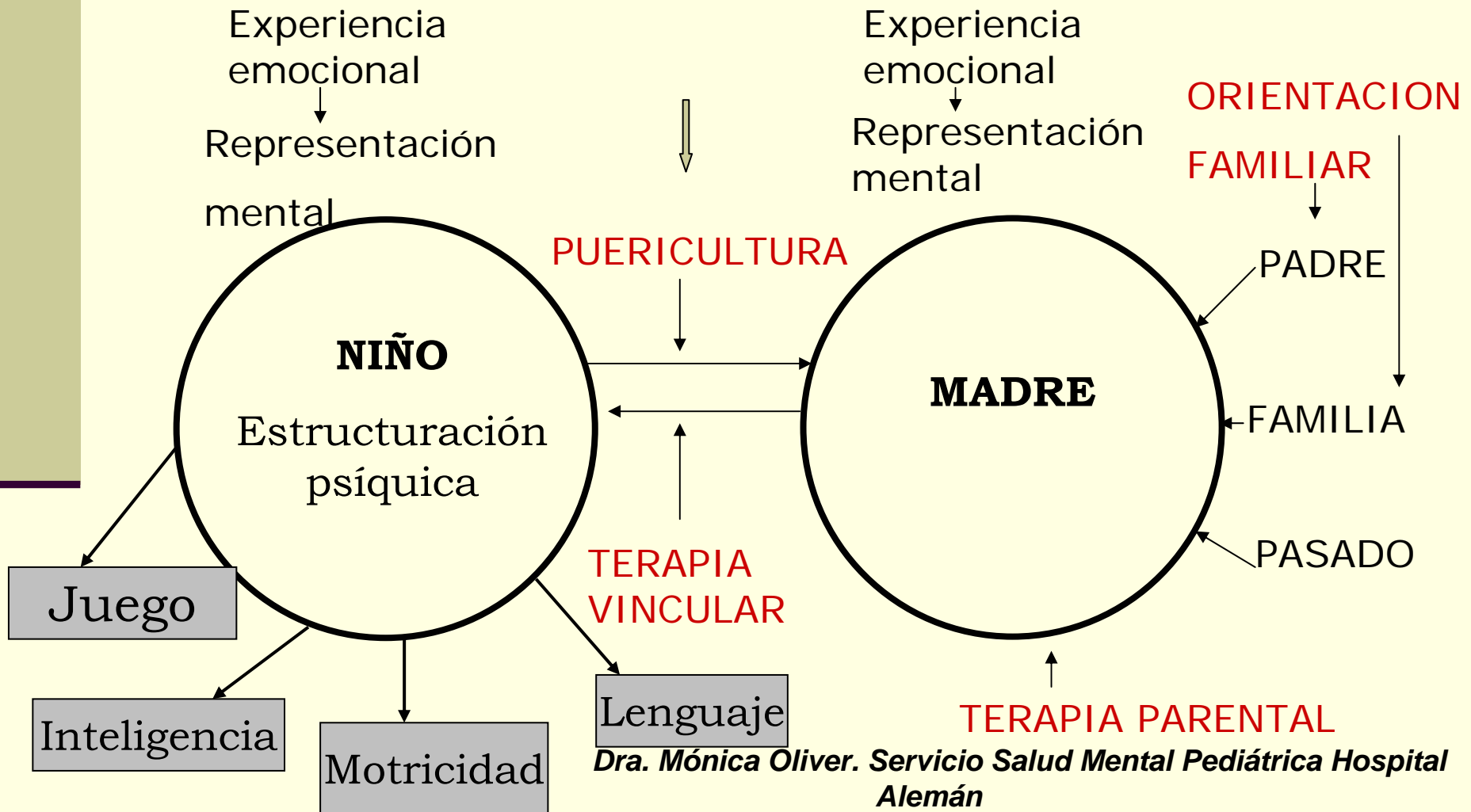
# Intervención temprana



# Intervención temprana

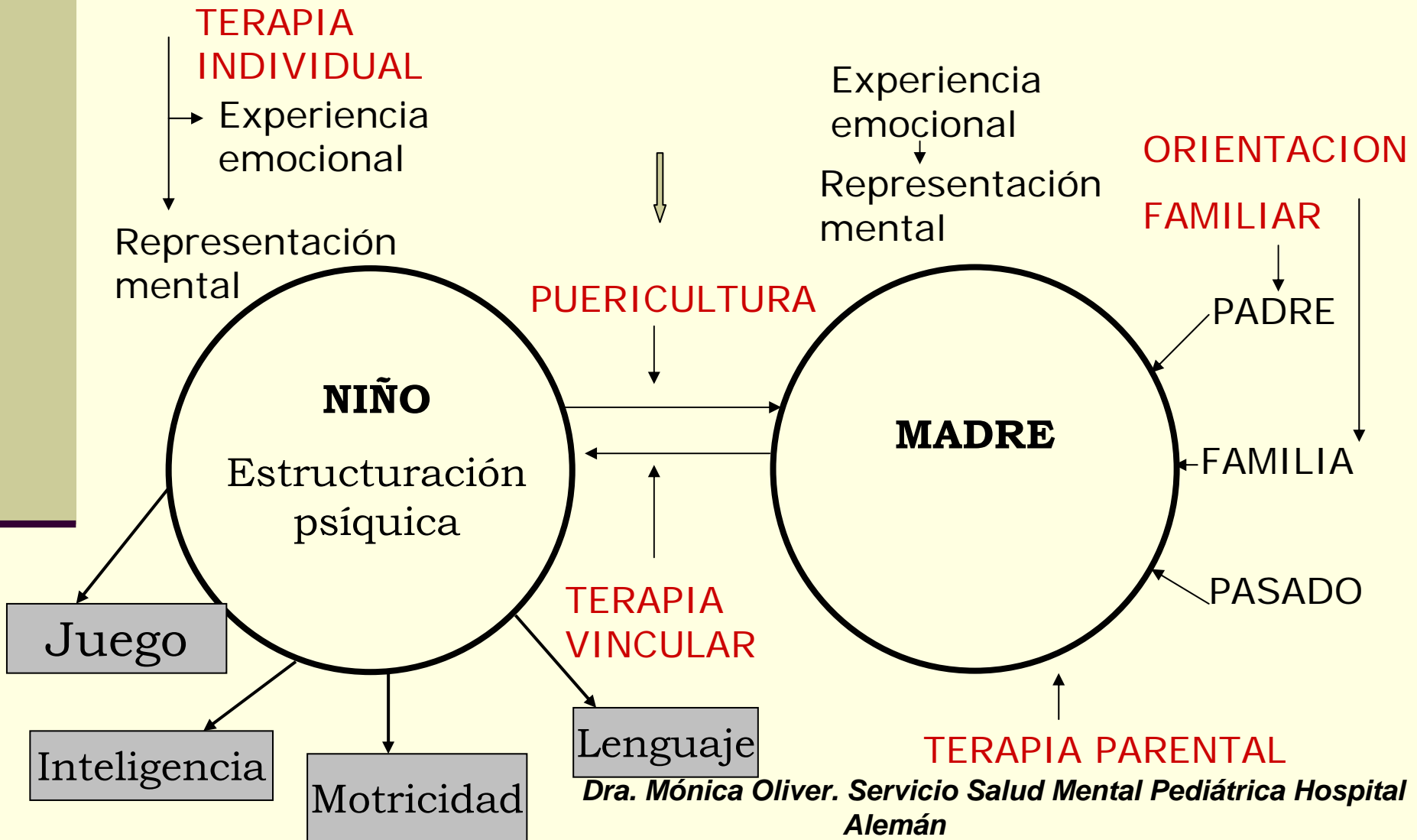


# Intervención temprana





# Intervención temprana



# Atención psicológica del grupo familiar

---

- Sesiones familiares y vinculares. Situación de juego, interacción, comunicación, empatía.
- Sesiones de padres: elaborar situaciones personales que interfieren en la relación con el niño.
- Sesiones con otros cuidadores y familiares.

# Neurosis de comportamiento

Escuela psicossomática París. Pierre Marty

---

- Sujetos que viven en el comportamiento, el hacer , el actuar. Adaptación variable en actividades muy organizadas.
- No auténtica riqueza mental, sin imaginario sensible. El lenguaje queda a nivel de la acción, materialidad de los hechos y uso de las cosas.

# Neurosis de comportamiento

Escuela psicossomática París. Pierre Marty

---

- La vida contemporánea tiende a conducta de tipo operativo, eficacia en el rendimiento, exigencias, cuadrículación del tiempo, prevalencia de las actividades impuestas por otro en detrimento de lo imaginario.
- Cansancio físico e intelectual, poca disponibilidad para imaginar, sentir e investir a otro.
- Adultos que presenta dificultades de relación y comunicación sensible con el niño.

# Greenspan: El niño con necesidades especiales

---

- Diagnóstico temprano.
- Tratamiento integral basado en la relación y desarrollo.
- Niños TGD logran relacionarse con calidez, empatía y flexibilidad emocional, comunicativos verbalmente creativos y gozosos. Van escuelas regulares. Juego imaginativo. Tareas académicas.

# Greenspan: El niño con necesidades especiales

---

- El pronóstico tradicionalmente pesimista se basa en la experiencia con niños programas de tratamiento mecánicos y estructurados y no en las diferencias individuales, relaciones, afecto, clave emocional y gozo mutuo.

# ¡ Muchas Gracias !



*Dra. Mónica Oliver. Servicio Salud Mental Pediátrica Hospital Alemán*

---

# Depresión en la Infancia

*Dra. Mónica Oliver*



# T. DEPRESIVO MAYOR: Niños mayores: 6 a 13 años

---

- Estado de ánimo deprimido o irritable.
- Pérdida de interés o placer.
- Dos semanas, la mayor parte del día.
- Por lo menos 4 síntomas.

# ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO O IRRITABLE

---

- Sentimiento de tristeza o vacío.
- Llanto frecuente.
- Confianza y esperanza disminuidas.
- Ritmo: empeoramiento matinal y mejoría hacia media tarde.

# PERDIDA DE INTERÉS O DE CAPACIDAD PARA EL PLACER

- Apatía.
- Aburrimiento.
- Desinterés en el juego.
- Quejas, insatisfacción, descontento.

# RETRAIMIENTO

---

- Dificultad para vincularse.
- Aislamiento social.
- Desconfianza.
- Respuesta negativa ante relaciones positivas.

# DISMINUCIÓN DE LA AUTOESTIMA

---

- Imagen desvalorizada de sí mismo, inferioridad.
- Autocrítica.
- Temor al fracaso.
- Reacción negativa a los elogios.

- 
- Sentimientos de desamparo.
  - Sentimientos de desesperanza.
  - Sentimientos de culpa (búsqueda de castigo).
  - Quejas somáticas.

# DIFICULTAD PARA MANEJAR LA AGRESIÓN.

---

- Irritabilidad, mal carácter.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Aumento de la agresividad.
- Falta de reacción a las frustraciones.

# TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

---

- Bajo rendimiento escolar.
- Falta de concentración.
- Enlentecimiento del pensamiento.
- Ansiedad de separación (fobia escolar).



# TRASTORNOS DEL SUEÑO

---

- Insomnio medio, tardío o inicial.
- Hipersomnias diurna o nocturna.

## TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Pérdida o aumento del apetito.
- Pérdida de peso. Obesidad.

---

## CANSANCIO:

fatiga.

astenia matinal.

enlentecimiento motriz.

## IDEAS DE MUERTE RECURRENTE:

intentos suicidas.

## SINTOMAS PSICOTICOS.

# SIGNOS DE ALARMA

---

- Fracaso escolar.
- Aislamiento, no interés en la relación con pares.
- Insomnio pertinaz.
- Trastornos en la conducta alimentaria.
- Problemas de conducta con riesgo de dañarse a sí mismo. Accidentes.

# Características familiares

---

- Depresión progenitores.
- Padres hostiles rechazantes.
- Abuso.
- Carencia afectiva.
- Estrés psicosocial: Duelos, divorcio, pobreza.
- Fallas en el vínculo temprano.
- Alcoholismo.
- Organización caótica.

**1.8%** ( Nissen )

**250%** ( F )

# TRATAMIENTO

---

- Intervenciones en el área psicosocial: familia, escuela, barrio, pares.
- Psicoterapia individual, vincular, familiar.
- Psicofármacos.
- Internación ( intento suicidio, peligros de auto o heteroagresión grave, trastorno severo de la alimentación, síntomas psicóticos agudos).

# Consideraciones generales

---

- La medicación psicofarmacológica se indica en base a:

Estado de salud física.

Evaluación psicológica.

Evaluación ambiental.

Intervenciones previas y resultados obtenidos.

Otras medicaciones.

# USO PSICOFARMACOS

---

- Deterioro severo en aprendizaje.
- Deterioro severo social.
- Trastorno del sueño severo.
- Trastorno de la conducta alimentaria grave.
- Conductas autoagresivas. Intentos de suicidio.



# ANTIDEPRESIVOS

---

- **IMAO:** No recomendable. Dificultad en restricción alimentaria.
- **TRICICLICOS:** No recomendables por cardiotoxicidad.
- **IRSS:** Recomendados

# IRSS

---

- Mayor acción antidepresiva.
- Administración en una dosis. 10 mg./día.
- Efectos adversos más tolerables. (Cefaleas, gastrointestinales, mareos, trastorno de sueño, pérdida de peso).

# IRSS

---

- Fluoxetina.
- Sertralina.
- Paroxetina.
- Fluvoxamina.
- Citalopram.
- Venlafaxina.

# EFECTOS ADVERSOS IRSS

---

- Gastrointestinales:

Dispepsia, náuseas, diarrea, disminución del apetito.

- Neuropsiquiátricos:

Sedación (somnolencia y astenia)

Activación (nerviosismo, ansiedad, insomnio, agitación)

- Síndrome de supresión:

Mareo, náuseas, alteración sensorial y cefaleas.

# Mitos acerca del suicidio

---

- Interrogar al paciente induce al acto.
- El suicida no avisa ni da indicios.
- Confiar en la familia como continente.
- La niñez y adolescencia bajo riesgo.
- La fluoxetina es más peligroso inductor que otros antidepresivos.
- Los pacientes con trastornos disociativos (histerias) no se matan.
- La depresión en el adolescencia es benigna y de bajo riesgo.  
1987 en Argentina: 1 adolescente c/ 3 días.  
1990. 3000 muertes por suicidio y accidentes.

# EVALUACION DEL RIESGO

---

- Grado de perturbación del paciente.
- Ansiedad y control de impulsos.
- Alucinaciones y delirios.
- Posibilidad real de matarse. Planificación.  
Fantasías sobre su propia muerte.



Sociedad

Escuela

**Niños con  
síntomas  
depresivos**

Pares

Familia

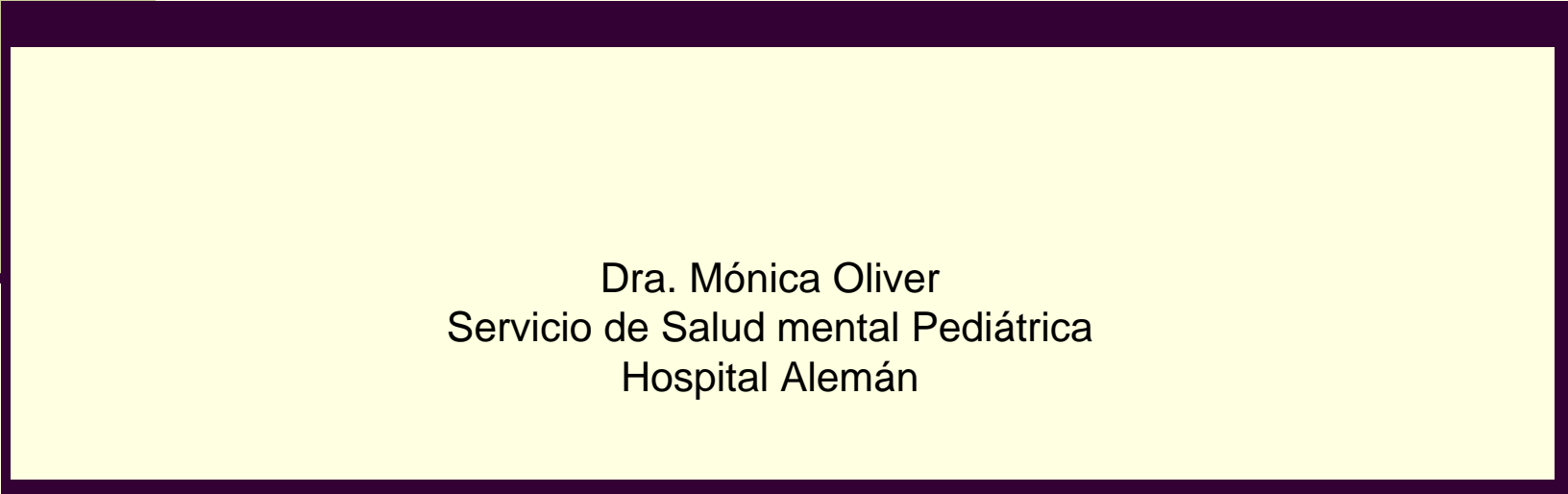


Muchas gracias

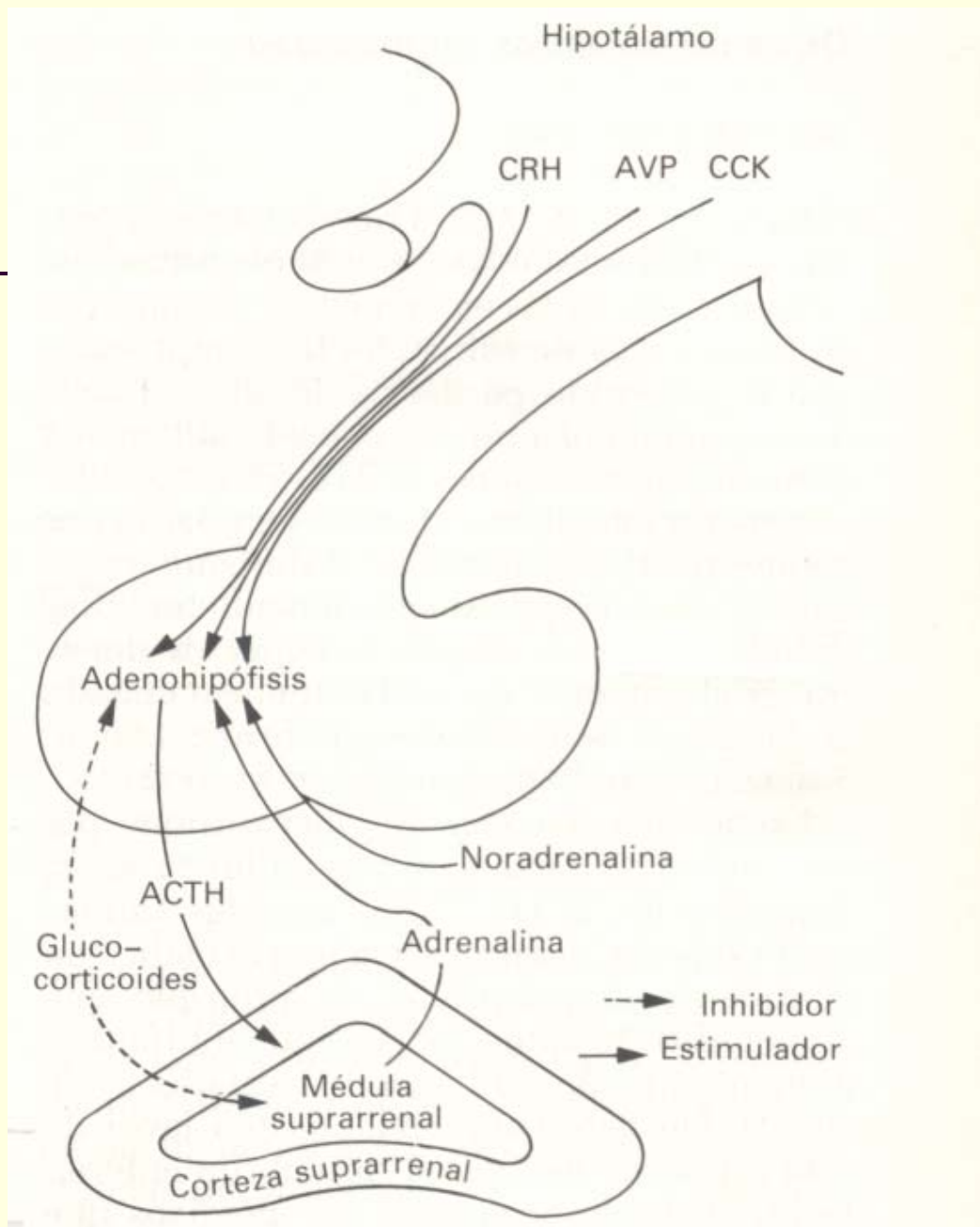




# Trastorno de ansiedad



Dra. Mónica Oliver  
Servicio de Salud mental Pediátrica  
Hospital Alemán



# Definición de estrés

---

- Conceptualmente la ansiedad se relaciona con el estrés.
- Reacción muy intensa provocada por un suceso o situación, que presenta un correlato físico importante, relacionado con angustia intensa.
- Se plantea un desafío para la persona que lo enfrenta, activándose mecanismos para buscar una salida al problema.

# Estresores

---

- Tipo I: Exposición a un único episodio traumático brusco.
- Tipo II: Sostenida exposición a repetidos estresores. ( abuso físico, psicológico, sexual)

# Reacción de alarma

---

- Reacción frente a la amenaza.
- Incremento de la actividad del SNA ( simpático): aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial, tono muscular, hipervigilancia, desestimación de información no crucial.
- Se activa el eje HPA.
- Respuesta inmunológica.

## Impacto final de un estresor depende de:

- 1- **severidad del estresor:**
  - intensidad y duración de esa intensidad.
  - subitaneidad
  - frecuencia e impredecibilidad de su recurrencia
- 2- **nivel evolutivo del niño.**
- 3- accesibilidad y capacidad de los adultos del **ambiente cuidador** para servir como amortiguadores.

---

Existe relación entre estresores psicosociales y enfermedades físicas y psíquicas.

Son asociaciones no directas dependientes de la vulnerabilidad del individuo.

# Estrés y salud física

---

- Deprimen la respuesta inmunitaria.
- Cambios en las células secretoras de anticuerpos.
- Trastornos en los linfocitos T.
- Anomalía en la respuesta de los macrófagos.

***Los niños presentan cuadros infecciosos a repetición cuando atraviesan situaciones estresantes.***



# Trastornos ansiedad

---

- Grupo de trastornos relacionados con la experiencia afectiva y la expresividad conductual del niño pequeño.
- No presentan severos retrasos del desarrollo ni variaciones constitucionales o madurativas significativas.
- Se asocian con ciertos patrones relacionales con los padres.

# Trastornos de ansiedad

---

- Niveles excesivos de ansiedad o miedo.
- Más allá de las reacciones esperables dentro del momento evolutivo.
- Miedos múltiples o específicos.
- Excesiva ansiedad de separación o ansiedad ante extraños.
- Episodios de ansiedad excesiva o pánico, sin un precipitante claro.

# Trastornos de ansiedad

---

- Inhibición excesiva de la conducta debida a la ansiedad.
- Ansiedad severa asociada con una falta de desarrollo de las **funciones yoicas** :
  - \*control de los impulsos,
  - \*regulación afectiva,
  - \*evaluación de la realidad,

***El niño ansioso vive como si algo terrible fuera a suceder***

# Trastorno de ansiedad

---

- Agitación del niño, llanto o gritos incontrolables.
- Perturbaciones del dormir y el comer.
- Imprudencia y otras manifestaciones conductuales de ansiedad.
- Perturbación del funcionamiento adecuado en las relaciones sociales, juego, habla etc.

# Trastorno de ansiedad

---

- **Episodio agudo de angustia.**
- **Manifestaciones psicósomáticas:**
  - \* Inquietud por enfermedad eventual.
  - \* Fatiga
  - \* Dolores y malestar: cefaleas, trastornos visuales, quejas abdominales, náuseas, dolor de piernas, de espalda

# Trastorno de ansiedad

---

## ■ Conductas fóbicas:

Temores no justificados frente a un objeto o situación: animales, agua, oscuridad, payasos, escuela.

Se utiliza estrategia defensiva: evitación, objeto contrafóbico, zambullido.

# Trastorno de ansiedad

---

## ■ Estrés post- traumático:

- \* Exposición a un evento traumático
- \* Recuerdos recurrentes, juegos repetitivos.
- \* Sueños terroríficos de angustia.
- \* Sensación de revivir la experiencia.
- \* Evitación de estímulos que recuerden el trauma.

# Ideas centrales para el consultorio pediátrico

---

- Ansiedad disminuye con la contención emocional.
- Calmar al niño y regularlo, eso depende de la reacción del adulto. Acompañamiento
- No reaccionar en espejo.
- No crear experiencias retraumatizante.
- Seguridad surge de vivencias de contención y afecto repetidas.



# Trastornos psicóticos

---

- Pérdida del criterio de realidad.
- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Trastornos de conducta hetero y autoagresivo. Desorganización de la conducta
- Lenguaje desorganizado incoherente.

# Trastornos prepsicóticos

---

- “Atypic child”, “ estructura preesquizofrénica”, “borderline”
- Fobias o rituales obsesivos graves.
- Trastornos de conducta severos:( Inestabilidad o inhibición extrema, agresividad, descontrol impulsivo)  
Ideación paranoide
- Trastorno de funciones somáticas: insomnios grave, anorexia rebelde
- Alteración importante de la relación con pares y familia

# Idea centrales para el consultorio pediátrico

---

- Atención urgente por psiquiatra infantojuvenil quien evaluará:
  - \* administración de psicofármacos
  - \* terapias a realizar
  - \* acompañamiento terapéutico
  - \* internación psiquiátrica

# Uso racional de psicofármacos

---

Requiere una evaluación diagnóstica completa del niño y su ambiente.

# Principios generales

---

- Historia médica: trastornos renales, cardiológicos, neurológicos, antecedentes convulsivos, uso de medicamentos, dietas.
- Hemograma, hepatograma.
- Ionograma.
- Función tiroidea TSH, T3, T4
- Creatinina

# Principios generales

---

- ECG
- EEG
- Ritmo de sueño y de alimentación.
- Peso, altura, frecuencia cardíaca y presión arterial.

# Criterios para incorporar un psicofarmaco

---

- Deterioro significativo del funcionamiento cognitivo y social y fisiológico.
- Riesgo de perder escolarización.
- Auto, heteroagresión riesgosa.
- Estados psicóticos.
- Cuadros de ansiedad, fobias y depresión severos con alto sufrimiento emocional

# Principios generales

---

- Dosis bajas y elevar lentamente hasta dosis terapéutica.
- Período de latencia 2 a 6 semanas.
- Mantener de 6 a 12 meses.
- Retirar lenta y paulatinamente.
- Características farmacodinámicas y farmacocinéticas.



# Clasificación de psicofármacos

---

- Estimulantes.
- Antidepresivos.
- Antipsicóticos.
- Estabilizadores del estado de ánimo.
- Ansiolíticos.

# Ideas centrales para el consultorio pediátrico

---

- Realizar psicodiagnóstico antes de decidir la administración de un psicofarmaco.
- Evaluación médica previa.
- Conocimiento y control de los efectos adversos.
- Debe prescribirlo un especialista

# ¡Muchas Gracias!

---

