

anales de psicología, 1991, 7 (1), 45-55

Breve exposición sobre las diferentes manifestaciones ansiosas descritas en la infancia

Mari Ángeles Pérez San Gregorio^(*)

M^a Rosario León Marín

M^a Lucía Romo Jiménez

Luis Rodríguez Franco

Alfonso Blanco Picabia

*Universidad de Sevilla^(**)*

Resumen: El presente trabajo trata de revisar diferentes formas de ansiedad en la infancia, destacándose ocho tipologías al respecto: reacciones de angustia episódicas, manifestaciones preverbales de angustia, ataques de ansiedad, estados de ansiedad crónica, ansiedad normal de separación, manifestaciones hipocondríacas y reacciones obsesivo compulsivas. Se establecen, por fin, algunas conclusiones que, aunque no definitivas, sí ofrecen una visión bastante actual del estado de la cuestión.

Palabras-clave: Ansiedad; infancia; manifestaciones ansiosas.

Title: Short review about diverse anxious manifestations described in children.

Abstract: The present paper intends to revise different forms of anxiety states in infancy, emphasizing eight types: Episodic anxiety reaction, panic attacks chronic anxiety states, normal separation anxiety, phobias, hypochondriac manifestations, and obsessive-compulsive reactions. At least, we establish some conclusions, that although not definitive, it does offer an up to date view of the state of the matter.

Key words: Anxiety; infancy; anxious manifestations.

Introducción

La ansiedad ha ocupado un lugar esencial en las investigaciones y estudios de numerosos especialistas en Psicología y Psiquiatría. Sin embargo la falta de consenso generalizado con respecto a la terminología a emplear, ha hecho que aparte de la propia dificultad que el constructo ansiedad presenta para ser definida, se complique más aún por la carencia de unificación de criterios.

En este sentido comprobamos cómo la existencia de una gran cantidad de términos, que de forma habitual se vienen utilizando como sinónimos de ansiedad, favorece la ambigüedad y confusión.

^(*) **Dirección:** Mari Ángeles Pérez San Gregorio. Avda. Kansas City, 42, 6-A. 41007 Sevilla (España).

^(**) Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación (Sección Psicología)

Así, por ejemplo, se pueden encontrar como equivalentes conceptos del tipo de: amenaza, miedo, frustración, impulso generalizado, estrés, depresión reactiva, neurosis experimental, supresión condicionada (Lázarus, 1966; Spielberger, 1971, 1976, 1977; Mandler, 1972; Blackman, 1972 y Cattell, 1973), o miedo, *arousal*, estrés, tensión...etc. (Bermúdez y Luna, 1985) Son estos últimos autores quienes opinan que, en ocasiones, se llega a querer explicar prácticamente la casi totalidad del comportamiento humano apelando a variables que, con distintos nombres, hacen referencia al mismo constructo, pudiendo ser entendida entonces la ansiedad como un ejemplo característico.

De la misma forma, y para aumentar más la confusión, hay que tener en consideración el hecho de que cada uno de los términos anteriores contiene un significado distinto dependiendo del enfoque del que provenga, de las diferentes escuelas, teorías e incluso de los distintos autores que promulgan las definiciones (Miguel Tobal, 1987).

De todas formas parece evidente que el principal problema para el establecimiento de una definición operativa de ansiedad radica en la dificultad de precisar los distintos componentes de respuesta implicados en la emoción. Posiblemente la solución radique en la reciente tendencia a concebir la ansiedad de una manera multidimensional, donde se introducen aspectos tanto fisiológicos y cognitivos como motores.

Este enfoque multidimensional implica tres componentes de respuesta que pueden no concordar entre sí, siendo esto un índice de que existen diferencias individuales en los "estados de ansiedad", que son fundamentales en el mantenimiento y reducción de la misma.

Las dificultades que en términos conceptuales se plantean, encuentran su fundamento en la similitud de correlatos biológicos, comportamentales y cognitivos que caracterizan por igual al miedo, la fobia, la ansiedad y la angustia.

La patología de la ansiedad según Vallejo (1987) versa, en un plano descriptivo, en anomalías en la proporción, intensidad y duración de la misma y explicativamente en su índole psicológica o biológica.

En la clínica infantil así como en el adulto la ansiedad aparece en numerosas situaciones entre las que se pueden destacar:

En los cuadros depresivos los trastornos de ansiedad surgen casi invariablemente. La presencia de la sintomatología endogenomórfica orientará a la primacía del cuadro depresivo.

En las enfermedades somáticas, la ansiedad es un concomitante reactivo habitual dado que supone la presencia de un peligro. En este caso, la ansiedad dependerá de la gravedad de la enfermedad y su duración, el entorno, la información que tenga el paciente y su personalidad.

Pero además, la ansiedad puede aparecer como síntoma de numerosas enfermedades somáticas, que actuarán como causas directas de ellas, a veces como único síntoma evidente.

La ingesta de determinados psicofármacos producen en ocasiones manifestaciones de ansiedad bastante bruscas.

Los trastornos por ansiedad en la infancia han sido diagnosticados y tratados desde los tiempos de Freud, pero a menudo las descripciones diagnósticas de estos trastornos son incorrectas, sus causas son desconocidas o dudosas y los tratamientos solo son moderadamente efectivos.

En el presente artículo nuestra intención es solamente la de realizar una exposición resumida sobre las diferentes formas de manifestaciones ansiosas que se han descrito en la infancia. Para ello hemos tomado como punto de partida los trabajos de algunos autores que, sin realizar clasificaciones exhaustivas, se destacan por su gran conocimiento en el ámbito infantil. Pode-

mos destacar así a autores como: Kanner, Spitz, Ajuriaguerra, Monedero, Mendiguchia, Milton y Senn, Del Barrio, entre otros.

A. Reacciones de angustia episódicas: fueron descritas por Ajuriaguerra (1980). Se trata de crisis de ansiedad de una duración variable en el curso de ciertos episodios medicoquirúrgicos y, en particular, de ciertas afecciones febriles. Estas ráfagas de ansiedad aparecen más frecuentemente en el acmé de las enfermedad y desaparecen después de la defervescencia o incluso antes si la enfermedad es de larga duración.

B. Manifestaciones preverbales de angustia: al igual que las reacciones de angustia episódicas, estas también fueron descritas por Ajuriaguerra (1982). Este autor diferencia en la clínica infantil las manifestaciones preverbales de angustia, de las manifestaciones que surgen cuando el niño puede expresar mediante palabras lo que siente.

La constatación de esta angustia, depende mayormente de la capacidad de observación y empatía del adulto. Basta con evocar el desvarío del rostro, los grandes ojos huidizos, los incesantes y estridentes gritos de apuro, la hipertensión general y la agitación de los miembros inferiores del bebé de 11-12 meses, que acaba de ser hospitalizado por una razón banal y fortuita, para comprender que la reacción de angustia no es una simple proyección del adulto sobre el niño.

C. Ataques de ansiedad: (Kanner, 1930; Bakwin y Morris-Bakwin, 1974; Stone y Koupernik, 1980; Del Barrio, 1986) llamados también ansiedad aguda (Milton y Senn, 1971), episodios, reacciones o crisis de angustia agudas (Ajuriaguerra, 1980 y 1982) y reacciones de ansiedad (Del Barrio, 1986).

El niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a sucederle. Sobre este "fondo ansioso" pueden sobrevenir episodios agudos, auténticos ataques de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo (enfermedad, ingreso en la escuela, traslado de domicilio, etc) o interno (Ajuriaguerra, 1982).

No obstante, para Milton y Senn (1971), los ataques de ansiedad no parecen guardar relación con ningún hecho, en contraste con las fobias que a menudo guardan relación con alguna experiencia, como ir a la escuela, ingresar en un hospital, etc.

Los ataques generalmente se producen durante la noche, inmediatamente antes o después de acostarse (Bakwin y Morris-Bakwin, 1974) y son más frecuentes bajo la forma de los llamados "terrores nocturnos"; los cuales suelen cursar con amnesia posterior (Mendiguchia, 1980). En otras ocasiones, las menos frecuentes, se presentan caminando por la calle y si no se tratan, puede que el paciente llegue a confinarse en su casa (Stone y Koupernik, 1980).

Los ataques de ansiedad tienen un desarrollo típico; el niño comienza a tener miedo sin que sepa explicar por qué, llegando a encontrarse en ocasiones realmente aterrorizado, con la cara bañada en sudor, los ojos extraviados, temblando todo el cuerpo y con una sensación de angor y de muerte próxima que le hacen aferrarse a la madre desesperadamente (Mendiguchia, 1980).

Se trata lo más frecuentemente de manifestaciones de comienzo brusco, que duran varios minutos, hasta media hora, que pueden tomar formas polimorfas y aunque los ataques de ansiedad no son tan raros como para que no los conozca el médico común, es sorprendente la cantidad de veces que son diagnosticados erróneamente como afección cardíaca. El diagnóstico más frecuente es el de cardiopatía (Kanner, 1930). Otros diagnósticos sospechosos son crisis psico-

páticas, crisis asmáticas, afecciones gastrointestinales y tumores cerebrales (Ajuriaguerra, 1980).

Para Langford (1937) los síntomas de los ataques de ansiedad son: trastornos cardiacos, trastornos respiratorios, y trastornos digestivos, mareos, parestesia, temblores y sacudidas, transpiración e hiperestesia.

Milton y Senn (1971), enumeran los siguientes síntomas en los ataques de ansiedad infantiles: terrores repentinos; como si algo malo estuviera a punto de sucederles, agitaciones, vértigos, cefaleas y migrañas, náuseas y vómitos e insomnio.

Bakwin y Morris-Bakwin (1974), señalan los siguientes síntomas: miedos, sentimientos de muerte, taquicardia, apnea, sudación, rubor o palidez, parestesia, hiperestesia y dependencia.

Mendiguchía (1980), afirma que durante estos ataques de ansiedad los aparatos más "somatizados" son: 1) el circulatorio (dolor precordial, palpaciones, sensación de parada cardiaca) 2) el respiratorio (asfíxia, jadeo) y en menor grado 3) el digestivo (plenitud estomacal, vómitos y diarreas).

Para Ajuriaguerra (1982), cuanto más pequeño es el niño, tanto más rico es el contexto somático (vómitos, cefaleas, dolores abdominales o de las extremidades). El niño parece aterrado, sudoroso, se resiste al "razonamiento". Antes de los 7-8 años, sólo la presencia del padre o de la madre es susceptible de cambiar realmente el acceso de angustia.

Con el paso de la edad, el niño exterioriza su angustia, no mediante palabras, pero sí mediante acciones. Así el colorario de la crisis de angustia será hacia los 11-12 años, el "paso al acto", bajo formas diversas: crisis de cóleras, exigencias insaciables, fugas y distintos trastornos de conducta (Ajuriaguerra, op. cit.).

Estas crisis agudas de ansiedad pueden o no ser más que episódicas con remisión sintomática posterior, o pueden organizarse de una forma psiconeurótica que, pasada la sintomatología aguda, se prolonga por una ansiedad latente que puede posteriormente evolucionar hacia una estructuración neurótica (Bartoleschi, 1961).

También ocurre que a veces las reacciones de ansiedad no son tan intensas y graves y el insomnio es tan prolongado que los padres y el niño presentan síntomas emocionales básicos de las reacciones de ansiedad (Milton y Senn, 1971).

D. Estados de ansiedad crónica: (Milton y Senn, 1971; Mendiguchía, 1980) también llamados fondos de angustia crónica (Ajuriaguerra, 1980). Estos estados son difíciles de detectar por fallarles el aspecto dramático de las crisis agudas (Mendiguchía, 1980).

Estos estados con frecuencia resultan de la ansiedad aguda que no ha sido resuelta. La razón de esto puede ser que la crisis o los factores suscitadores del trastorno fueron tan repetitivos y tan crónicos como agentes estimulantes que la capacidad del niño para hacerles frente fracasó, aunque pudo haber tenido éxito completo con problemas menores (Milton y Senn, 1971).

Para Ajuriaguerra (1980), son niños que quedan en un estado de inquietud y de temor permanente, con miedo a todo y con una fragilidad a todo peligro que pueda venir del exterior o del interior. Son niños que presentan muy frecuentemente en un primer plano manifestaciones somáticas: trastornos del sueño, trastornos del apetito, trastornos digestivos y trastornos respiratorios.

Mendiguchía (1980), afirma que esta actitud se va haciendo cada vez más retraída y a la defensiva, mostrando un estado de ánimo deprimido, que quizás llama más la atención a los padres que el anterior. Esta "depresión neurótica", se manifiesta en una expresión triste, propensión al llanto, bajo rendimiento escolar, tendencia al aislamiento, falta de ganas de jugar, sen-

timientos de autorreproche y sintomatología diversa como molestias circulatorias, vómitos, cefaleas, etc.

Estos estados de ansiedad pueden presentarse como fenómenos pasajeros respondiendo, a veces, a momentos críticos del desarrollo del niño y en particular al periodo prepuberal. Pueden evolucionar de formas completamente variadas, pero lo más frecuente es hacia una forma fóbica (Ajuriaguerra, 1980).

E. Ansiedad normal de separación: durante el último tercio del primer año aproximadamente, podemos observar importantes cambios en la vida emocional de los niños. Incluso aquellos lactantes que hasta entonces han aceptado fácilmente a todos los que llegan, ahora se vuelven recelosos y rechazan las atenciones de todo el mundo, excepto de sus madres o de otras personas con las que están familiarizados (Spitz, 1950).

Esta "ansiedad de los 8 meses", varía en intensidad de un niño a otro. Algunos la manifiestan simplemente mirando de forma fija a toda persona extraña. Otros se muestran claramente aterrorizados al no ver a la madre y dan rienda suelta a desconsolados lloros y gemidos y se cuelgan desesperadamente de la madre tan pronto como la ven (Milton y Senn, 1971).

Este comportamiento no es anormal, pero en caso de que se prolongue sí lo es, ya que puede llegar a entorpecer seriamente el bienestar del niño (Estes *et als.*, 1956).

F. Fobias: la fobia supone un desplazamiento del sentimiento del miedo. Un niño ansioso en lugar de desarrollar miedos a objetos realmente amenazantes lo hará a otros objetos o sujetos que no son de temer y esto además con una intensidad tal que variará su forma de vida y sus costumbres (Del Barrio, 1986).

Un hecho a tener en cuenta es que, al nacer, las respuestas de miedo de los niños se dan ante pocos objetos pero son intensas. Hacia los seis meses los niños desarrollan miedo a los movimientos repentinos en su periferia y a las alturas. En los siguientes seis meses de vida desarrollan el miedo a los extraños y, tras el primer año de edad, a la novedad (Kennedy, W.A., 1986).

Las que verdaderamente han tenido una investigación singular son las fobias escolares, quizás por ser la escuela la tarea infantil a la que más importancia dan sus padres y por tanto hay una menor permisividad social a desarrollar este tipo de fobias (Toro, 1986).

Miller *et al.* (1974), verifican que la relación entre fobia escolar y todas las restantes fobias es de 25 a 1.

Conviene diferenciar la fobia escolar de la ansiedad de separación. Esta última, suele producirse en los niños entre 2 y 4 años que lloran y rechazan la asistencia a la escuela, no por la escuela misma, sino por la ausencia de la madre que va ligado al ingreso en la escuela. Como muchos niños asisten a la escuela en este periodo de edad, se puede confundir este tipo de conducta con la fobia escolar pero verdaderamente son cuestiones diferentes y de etiología diversa. La fobia escolar se caracteriza por no querer asistir a la escuela porque se teme lo que allí ocurre, sea real o imaginario. El niño puede temer al maestro, a la tarea escolar, a los compañeros, o a todo a la vez (Del Barrio, 1986).

Autores como Colidge (1957), Kennedy (1965), Barker (1968), Nichols (1970), Kelly (1973), Toro (1986) y Del Barrio (1986), están de acuerdo en admitir dos tipos de fobias (Tabla I).

Para Del Barrio (1986), sólo debería llamarse fobia escolar a la primera, porque la angustia que siente el niño ante la situación no es justificable ni objetiva. La segunda es, una reacción adaptativa de ajuste, porque el niño evita la escuela por razones objetivas: no es un buen estu-

dante y le van a poner en evidencia, no le gusta la quietud que supone el aula, hay algún elemento peligroso dentro de la escuela (profesor, compañero), etc.

G. Manifestaciones hipocondríacas: se trata de una forma particular de ansiedad que se caracteriza por continuas quejas sobre su mala salud, mal funcionamiento del cuerpo y anticipación ansiosa de futuros males (Mendiguchia, 1980; Ajuriaguerra, 1980 y 1982).

La hipocondría en el niño pequeño se caracteriza por: 1) inquietud permanente sobre la mala salud o una enfermedad eventual 2) vaga fatiga que impide el trabajo e incluso el juego (especialmente la práctica del deporte) 3) dolores o malestar de localización diversa: cefaleas, trastornos visuales, quejas abdominales, náuseas, dolor de piernas, de espalda, etc (Ajuriaguerra, *op. cit.*).

Mendiguchia (1980), afirma que son varios los factores que pueden intervenir en la hipocondría infantil: 1) identificación con los padres o familiares enfermos reales o así mismo hipocondríacos 2) automaternaje por ausencia de figuras parentales 3) expiación de sentimientos de culpa por sentimientos agresivos o acciones sexuales 4) necesidad de un miedo real (la enfermedad), para combatir un estado de ansiedad difusa 5) conversión en "pacientes" de unos padres hipocondríacos que se "quejan de los niños, como se quejan del estómago", acabando por ser objetos gratificantes para el "placer" que los padres obtienen cuidándoles 6) satisfacción de ciertas necesidades importantes para el niño (necesidad de más atención, simpatía o cariño, necesidad de compensar fracasos sociales, etc) 7) el padecimiento de una enfermedad real que revela al niño las ventajas de estar enfermo 8) origen "yatrogénico" por la facilidad con que se prescriben pruebas diagnósticas (análisis, radiografías, electroencefalogramas) y se recetan medicamentos la mayoría de ellos inútiles, cuando no perjudiciales, que acaban de convencer al niño de que realmente algo funciona mal en él.

H. Reacciones obsesivo-compulsivas: es normal encontrar en el niño una serie de actos obsesivos, los cuales pasan sin dejar huella a no ser que los padres reaccionen con ansiedad ante ellos, no prestando la debida seguridad a sus hijos bien por oponerse rígidamente a sus rituales, con lo que no hacen sino fijarlos aún más, bien por complacerles absolutamente en todo, o ir más allá de lo que el niño quiere, siendo la consecuencia el que vayan aumentando paulatinamente sus pequeñas manías (Mendiguchia, 1980).

Tabla I: Tipos de fobias escolares

TIPO I	TIPO II
- Se trata de una fobia en su primer episodio.	- Se trata de una fobia en su 2, 3 o 4 episodio.
- La reacción fóbica suele iniciarse los lunes, tras una enfermedad experimentada durante el jueves o viernes anteriores.	- La reacción fóbica suele iniciarse también los lunes pero sin ir precedidos forzosamente de enfermedad importante.
- Su inicio es agudo.	- Su inicio suele ser insidioso.
- Se da con más frecuencia en los primeros cursos que en los últimos de la escolaridad básica.	- Es más frecuente en los últimos cursos de la escolaridad.
- El niño suele hacer comentarios relacionados con la muerte.	- No suele haber referencias explícitas a la muerte.
- La salud de la madre acostumbra a estar alterada o por lo menos el niño suele	- La salud de la madre no tiene por qué estar implicada en su creación.
- La relación interpersonal entre los padres es aceptable o buena.	- La comunicación entre los padres no es satisfactoria.
- Tanto la madre como el padre gozan de adaptaciones satisfactorias.	- Acostumbra a darse en situaciones familiares en la que los padres plantean distintos problemas emocionales o de personalidad.
- El padre colabora con la madre en las actividades domésticas.	- El padre tiende a desinteresarse de la vida doméstica.
- Una vez atendidos, los padres comprenden fácilmente la dinámica del cuadro.	- Los padres una vez planteado el caso, tienen dificultades para trabajar en el programa terapéutico establecido.
- Goza de mejor pronóstico y se mantiene durante poco tiempo.	- Tiene peor pronóstico y se mantiene durante periodos muy prolongados.

Monedero (1982), afirma que algunos padres citan síntomas "obsesivos" ya desde los primeros años de vida. Si bien esta calificación resulta inadecuada, la verdad es que el niño tiende mucho a las actividades ritualizadas y sólo debemos calificar de obsesiva una conducta cuando

se impone al sujeto de una forma forzada y él trata de defenderse de ella porque la considera inoportuna.

Para Barker (1983) muy relacionados con los rituales normales, están las denominadas impulsiones infantiles. Estas impulsiones incluirían comportamientos como mirar o manipular constantemente un objeto, dibujarlo frecuentemente, coleccionar cosas, contar repetidamente, etc.

Pitres y Regis (1920), señalan que hay casos en que los primeros síntomas aparecen entre los 5 y 15 años. Puede admitirse que el 5% de los casos de neurosis obsesivas, comienzan antes de los 10 años, subiendo esta cifra a un 15% durante la pubertad (Mises, 1958). Por otra parte, Asperger (1972), admite formas precoces anteriores a los 3 años. Para Launay y Dauy (1974), las manifestaciones obsesivas pueden aparecer desde los 4 años en forma de ritos u obligaciones absurdas.

Monedero (1982), señala que las obsesiones y compulsiones van acompañadas en la infancia de alteraciones del humor muy evidentes y como defiende Toro (1987) agresividad hacia la familia; más concretamente hacia los padres, forzando la implicación de estos en los rituales del paciente.

Según Adams (1973), se trataría de unos niños que se sienten sumamente desgraciados y que experimentan un visible mal humor, mostrándose frecuentemente desagradables con las personas que les rodean. Su habla es con frecuencia pedante y los sentimientos de culpa mayoritarios. Suelen actuar con un código maral bastante rígido. El acompañamiento de la sintomatología fóbica se produce aproximadamente en un 50% de los casos.

Por último Rapoport *et als.* (1981), afirman que todos los niños de su población obsesiva fueron diagnosticados de depresivos, subrayando la presencia en todos ellos de síntomas como los trastornos del sueño y las ideas de suicidio.

Discusión

Como hemos tenido la ocasión de comprobar tras esta revisión bibliográfica, cuando un niño presenta una alta dosis de ansiedad, su conducta se desorganiza y puede hacerlo bajo diferentes formas. Todas ellas han quedado expuestas en la introducción de una manera global; ya que no hemos encontrado distintos tipos de ansiedades, según los diversos autores, sino que cada autor habla de un tipo distinto, que hemos intentado recopilar y ordenar en el presente trabajo con el fin de sistematizar mejor los diversos puntos de vista existentes sobre este fenómeno.

La APA en su DSM-III-R (1988) realiza una distinción entre la ansiedad por separación, el trastorno por evitación y el trastorno por ansiedad excesiva. Sin embargo, no hay duda que no agotan ni mucho menos, los trastornos por ansiedad propios de la ansiedad infantil. Sin ir más lejos, el trastorno de ansiedad más significativo de ésta edad; la fobia escolar, brilla por su ausencia. No aparece en los trastornos de ansiedad propios de la Psiquiatría Infantil y no cabe duda que tienen una entidad propia, aunque en múltiples ocasiones puedan confundirse con la ansiedad de separación, cuando no constituir la otra cara de la misma moneda (Toro, 1986).

Aunque el usuario de la DSM-III es remitido a los trastornos por ansiedad generales, es decir los propios de los adultos, allí no se encuentra ninguna especificación de fobias propias de la infancia, ni se habla de edades de inicio infantiles (Toro, *op. cit.*).

Consideramos que las tipologías que establecen los autores son muy heterogéneas ya que se basan en criterios distintos. Por ejemplo, los trabajos publicados en la literatura especializada

se caracterizan por la confusión terminológica y conceptual. La increíble ambigüedad del vocablo ansiedad hace que encontremos como equivalentes los términos: amenaza, miedo, fobia, impulso generalizado, estrés, angustia, frustración, depresión reactiva, neurosis experimental, supresión condicionada, etc. Ello ha sido especialmente enfatizado por Spielberger (1971, 1976 y 1977), Mandler (1972) y Cattell (1973), entre otros autores.

Por otro lado, ocurre que a veces se aplican indistintamente los términos fobia, ansiedad, angustia y miedo, a los trastornos por ansiedad en la infancia. Ello parece responder a una realidad común; los cuatro fenómenos psicológicos mencionados, resultan prácticamente similares en cuanto a los efectos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que suscitan en el individuo.

De otra parte, el término ansiedad tiene muy distinta significación, según las culturas, los pacientes e, incluso entre los propios profesionales. Es de difícil delimitación, a pesar de los intentos de la DSM-III-R (APA, 1988) por establecer criterios para su diagnóstico que, indudablemente han contribuido a centrar mejor el problema.

También ocurre que debajo de este término puede haber emociones que difieren cualitativamente (Roth y Mountjoy, 1982) y que son difíciles de captar porque dependen de la capacidad de expresión del niño y de la aprehensión del profesional.

Otro hecho que complica la situación es que el término puede ser referido a un estado emocional normal, a un síntoma que se presenta en una variedad de condiciones clínicas (psiquiátricas y no psiquiátricas), a síndromes y a entidades nosológicas específicas.

A pesar de que cada forma de ansiedad descrita, tiene una connotación diferente, en definitiva, como afirman Cantwell y Carlson (1987), no puede defenderse si en la infancia existen distintos tipos de ansiedades y, si así fuera, no se dispone de información a cerca de las implicaciones que ello traería consigo en cuanto a curso y evolución, patrón familiar de enfermar, respuesta al tratamiento, etc.

Por último no podemos olvidar que para Loosli-Usteri (1955), la forma de ansiedad más frecuente es la solapada, que consume las mejores fuerzas del niño. Por lo común pasa inadvertida para los padres, o aunque comprendan que la ansiedad, en tal o cual ocasión, desempeña un papel en la vida del niño, creen que su buena naturaleza obrará normalmente y que no hay peligro alguno.

Conclusiones

En este trabajo se han revisado algunas formas de ansiedades en los niños y podríamos apuntar el siguiente comentario: cuando un niño presenta una alta dosis de ansiedad su conducta se desorganiza y puede hacerlo bajo diferentes tipos. Unos autores les llaman perturbaciones por ansiedad excesiva y otras neurosis infantiles, pero realmente hablan de los mismos problemas.

Por lo tanto podemos resumir a modo de conclusión que:

- Existe una importante falta de consenso a la hora de definir el concepto de ansiedad.
- En cuanto a las manifestaciones de ansiedad en el niño las clasificaciones se hacen aún más difíciles ya que estas manifestaciones no son tan claras o quizás estén más enmascaradas que en el adulto.

- La terminología usada por estos autores es una vez más poco clarificadora y nos hace difícil encontrar grandes diferencias entre los términos utilizados para referirse al constructo ansiedad.

Referencias

- Adams, P.L. (1973). *Obsessive children: a sociopsychiatric study*. New York: Brunner-Mazel.
- Ajuriaguerra, D.J. (1980). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- Ajuriaguerra, D.J. (1982). *Manual de Psicopatología del niño*. Barcelona: Toray-Masson.
- American Psychiatric Association (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R*. Barcelona: Masson.
- Asperger, H. (1972). *Psicopatías*. Barcelona: Masson.
- Bakwin, H. y Morris-Bakwin, R. (1974). *Desarrollo psicológico del niño normal y patológico*. México, Nueva Editorial Interamericana.
- Barker, P. (1968). The in-patient treatment of school refusal. *Br. J. Med. Psychol.*, 41, 381-387.
- Barker, P. (1983). *Basic Child Psychiatric*. Londres: Granada.
- Bartoleschi, B. (1961). Le crisi d'ansia acuta nell'eta evolutiva. *Infanz. Anorm.*, 44, 455-470.
- Cantwell, D.P. y Carlson, G.A. (1987). Clasificación de los trastornos afectivos. En D.P. Cantwell y G.A. Carlson (Eds.), *Trastornos afectivos en la infancia y en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cattell, R.B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Colidge, J.C. (1957). School phobia neurotic crisis or way of life. *Am. J. Orthopsychiatry*, 27, 296-309.
- Del Barrio, M.V. (1986). *Temas de Psicopatología Infantil*. Valencia, Promolibro.
- Estes, H.R.; Haylett, C.H.; Johnson, A.M. (1956). Separation anxiety. *Am. J. Psychother.*, 10, 682-695.
- Kanner, L. (1930). *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Kelly, E.W. (1973). School phobia. A review of theory and treatment. *Psychology in the schools*, 10, 33-42.
- Kennedy, W.A. (1986). Reacciones obsesivo-compulsivas y fóbicas. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Kennedy, W.A. (1965). School phobia. Rapid treatment of fifty cases. *J. Abnorm. Psychol.*, 70, 285-289.
- Langford, W.S. (1937). Anxiety attacks in children. *Am. J. Orthopsychiatry*, 7, 210-218.
- Launay, C. y Dauy, C. (1974). *Los niños difíciles*. Barcelona: Salvat.
- Loosly-Usteri, M. (1955). *La ansiedad en la infancia. Estudio psicológico y pedagógico*. Madrid: Morata.
- Madler, G. (1972). Helplessness: Theory and research in anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety, current trends in theory and research*. Nueva York: Academic Press.
- Mendiguchía Quijada, M.J. (1980). *Psiquiatría infanto-juvenil*. Madrid: Castillo.
- Milton, J.E. y Senn, M.D. (1971). *Trastornos de la conducta y del desarrollo en el niño*. Barcelona: Pediátrica.
- Miller, L.C., Barrett, C.L. y Hampe, E. (1974). Phobias of childhood in a pre-scientific era. En A. Davids (Ed.) *Child Personality and Psychopathology*. New York: Wiley.
- Misses, P. (1958). Les obsesions chez l'enfant. *Psychiatr. Infant.*, 1-2, 513-522.
- Monedero, C. (1982). *Psicopatología evolutiva*. Barcelona: Labor.
- Nichols, K.A. (1970). School phobia and self-evaluation. *J. Child. Psychiatry*, 11, 133-141.
- Ollendick, T.M. y Hersen, M. (1986). *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pitres, N. y Regis, E. (1920). Les obsesions et le compulsions. Doin (Citado por Mendiguchía en 1980).
- Rapoport, J., Elkins, R., Langer, D., Sceeri, W., Bushbaum, M., Gillin, J., Murphy, D., Zahn, T., Lake, R., Ludlow, C. y Medelson, W. (1981). Childhood obsessive compulsive disorder. *Am. J. Psychiatr.*, 2, 1, 50-60.
- Roth, M. y Mountjoy, C. (1982). The distinction between anxiety states and depressive disorders. En E. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. Eddinburgh: Churchill Livingstone.
- Spielberger, C.D. (1971). Trait-state anxiety and motor behavior. *J. Motor. Behav.*, 3, 265-279.
- Spielberger, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. En C.D. Spielberger y R. Diaz Guerrero (Eds.), *Cross-cultural research on anxiety*. Washington, DC: Hemisphere-Wiley.
- Spielberger, C.D. (1977). States trait anxiety and interactional psychology. En D. Magnusson y N.S. Endler (Eds.), *Personality at the crossroads; current issues in interactional psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Spitz, R.A. (1950). Anxiety in infancy: a study of its manifestations in the first year of life. *Int. J. Psychoanal.*, 31, 138-144.
- Stone, F.H. y Koupernik, C. (1980). *Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Salvat.

- Toro Trallero, J. (1986). Trastornos de la ansiedad en la infancia. En A. Tobeña (Ed.), *Trastornos de ansiedad, orígenes y tratamiento*. Barcelona: Alamex.
- Toro Trallero, J. (1987). Obsesiones en la infancia. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Estados obsesivos*. Barcelona: Salvat.

Original recibido: 24-9-90

Aceptado: 4-2-91

