

NIÑOS Y ADOLESCENTES CON FOBIA SOCIAL Y PENSAMIENTO HETEROAGRESIVO

CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SOCIAL PHOBIA AND HETERO AGGRESSIVE THOUGHTS

Roxana Vivar C.¹;
Jesús Calizaya D.²;
Martín Padilla L.³

RESUMEN

OBJETIVOS: Reconocer las características de la fobia social y el pensamiento heteroagresivo en un grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal. Muestra: 42 pacientes de 10 a 18 años de edad con fobia social y pensamiento heteroagresivo atendidos en la consulta externa de la Dirección de Niños y Adolescentes del "Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN"); entre septiembre del 2004 y agosto del 2005.

Se determinaron las variables demográficas, clínicas, tramos mentales de los padres, estresores psicosociales y la presencia de referentes. Se cuantificó la severidad de la enfermedad y se clasificó el pensamiento heteroagresivo.

RESULTADOS: El 67% de los pacientes fueron varones y el 33% mujeres. El grado de ansiedad de los pacientes fue severo (Hamilton A. promedio: 23). El 93% tenía por lo menos otro diagnóstico de trastorno mental.

La moda de la edad de inicio del pensamiento heteroagresivo fue de 11-13 años. El 45% tenía pensamiento homicida; el objeto a agredir, en el 74%, fueron los pares. El 62% presentó ideación suicida. El 83% de las madres había sufrido alguna enfermedad mental; el 79% de los pacientes era producto de un embarazo no deseado; el 79% había crecido en ambientes de violencia doméstica; el 95% había sido víctima de maltrato infantil y el 93% había sufrido maltrato psicológico de parte de sus pares.

CONCLUSIONES: Se considera que la aparición del pensamiento heteroagresivo sería una respuesta al rechazo crónico sufrido por estos pacientes a lo largo de sus vidas. Se presenta una viñeta a modo de ejemplo.

PALABRAS CLAVE: Fobia social. Pensamiento heteroagresivo. Adolescentes.

SUMMARY

OBJETIVOS: To recognize the characteristics of social phobia and the hetero aggressive thoughts in a group of ambulatory patients.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive cross-sectional study of 42 adolescents 12 to 18 years old, outpatients, with social phobia and hetero aggressive thoughts was conducted, between September 2004 and August 2005. Demographic characters, clinical, psychiatric illnesses of parents, psychosocial stressors were determined. The severity of the disease was quantified and hetero aggressive thoughts were classified.

RESULTS: The 67% of the outpatients were male and 33%, women. The degree of patient anxiety was severe (Hamilton A. average: 23). 93% had at least one other psychiatric diagnosis. The statistical mode for the age of beginning of hetero aggressive thoughts was 11-13 years. 45% had homicidal thoughts; the objects to attack in 74% were peers, 62% had suicidal ideation, 83% of mothers had suffered some mental illness, 79% of the patients were the result of an unwanted pregnancy, 79% had grown up in environments of domestic violence, 95% had been victims of child abuse and 93% had suffered psychological abuse from their peers.

CONCLUSIONS: It is considered that the appearance of hetero aggressive thoughts would be a response to chronic rejection suffered by these patients throughout their lives. One vignette is presented as example.

KEY WORDS: Social phobia, hetero aggressive thought, adolescents.

¹ Psiquiatra General y Psiquiatra de niños y adolescentes. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

² Psiquiatra General. Universidad Peruana Cayetano Heredia

³ Psicólogo Clínico. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

La prevalencia de fobia social en adolescentes de la ciudad de Lima fue estimada en 7,1% por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" en el año 2002¹; mientras que a nivel internacional se han reportado datos de 4-8%².

Varios estudios epidemiológicos han determinado que la fobia social es el desorden de ansiedad más frecuente de todos los tipos de ansiedad y que ocupa el tercer lugar entre las enfermedades mentales, luego de la depresión mayor y el abuso de alcohol³. La edad de inicio de

la fobia social tiene dos picos, entre los 7-8 años y en los primeros años de la adolescencia⁴.

El rendimiento escolar de los adolescentes con fobia social puede sufrir deterioro debido a las limitaciones que tienen para exponer, responder preguntas en clase y/o dar exámenes orales. La sociabilidad suele interrumpirse en su desarrollo, llegando a no tener amigos o a tener uno o dos, con claras repercusiones en el sentimiento de bienestar del adolescente⁵.

El niño o adolescente con fobia social presenta

frecuentemente otros trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, ansiedad y abuso de sustancias, situación que agrava aún más la salud mental de estos pacientes^{6,7}.

A pesar de la alta prevalencia de la fobia social, de su inicio en la niñez y adolescencia, del deterioro que provoca en las áreas sociales y ocupacionales y de que se acompaña de otros trastornos psiquiátricos; son muy pocos los pacientes que consultan e inician un tratamiento. Las cifras refieren a solo un 6% del total⁸. Entre las causas de la escasa solicitud de ayuda especializada, se pueden citar la ansiedad social del propio paciente y el poco conocimiento de la comunidad médica sobre el mismo.

Otro de los problemas que puede presentar la población adolescente son las conductas violentas. Así, Perales y colaboradores, en 1996, señalaron que el 16% de los adolescentes de un distrito de Lima, presentaba ideación suicida, el 3% refirió haber tenido intento suicida, y el 1,5% presentó ideación homicida. En otro estudio realizado en tres distritos de Lima (1999), el mismo autor y colaboradores encontraron que 16% - 24% de los adolescentes habían tenido deseos de morir en algún momento^{9,10}.

En el 2004, en la Dirección de Niños y Adolescentes del Instituto Especializado de Salud Mental "HD-HN", iniciamos un estudio descriptivo en niños y adolescentes con diagnóstico de fobia social según el DSM IV. En una muestra de 70 niños y adolescentes, observamos que el 60% (42 pacientes) tenían pensamientos heteroagresivos de diferente severidad, que no correspondían a obsesiones sino que más bien eran ego sintónicos. Ante este hallazgo y dado que no existen publicaciones que relacionen la fobia social con el pensamiento heteroagresivo, decidimos realizar un estudio descriptivo de estos 42 pacientes, con el propósito de identificar las características demográficas, clínicas y los eventos adversos vividos.

Material y métodos

Se estudió a 42 pacientes con diagnóstico de Fobia Social, (según el DSM IV) que presentaban pensamiento heteroagresivo, cuyas edades oscilaban entre 10 y 18 años, de ambos sexos,

que fueron atendidos en la consulta externa de la Dirección de Niños y Adolescentes del "INSM HD-HN"; entre septiembre del 2004 y agosto del 2005. Los padres y los pacientes fueron informados en la primera consulta sobre las características del proyecto de investigación. Todos aceptaron ser parte del estudio.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas, sociodemográficas, de enfermedad mental en los padres y de los estresores psicosociales sufridos por los pacientes a lo largo de sus vidas. El método que se empleó para la obtención de los datos fue el de la entrevista clínica, tanto a los padres como a los pacientes.

Instrumentos

La severidad de la enfermedad se determinó mediante el uso de las Escalas de Hamilton Ansiedad, Impresión Clínica de Severidad de Enfermedad (ICG SE), y la Escala de Funcionamiento Global para Niños^{11,12,13}.

- **Escala de Hamilton Ansiedad:** Es una escala heteroaplicada que se emplea para medir la intensidad de la ansiedad. Tiene 14 ítems y evalúa los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Cada ítem está graduado de 1-4, de acuerdo a la severidad, frecuencia de presentación de síntomas y la disfunción que produce.
- **Impresión Clínica Global de Severidad de enfermedad (ICG SE):** Es una escala heteroaplicada, cuyo principal objetivo es evaluar globalmente el estado clínico del paciente. Este instrumento objetiva la observación del clínico en 7 parámetros: normal, dudosamente enfermo, levemente enfermo, moderadamente enfermo, marcadamente enfermo, seriamente enfermo, extremadamente enfermo.
- **Escala de Funcionamiento Global para Niños (CGAS):** Evalúa el nivel de funcionamiento del niño y del adolescente. Tiene 10 niveles de 10 puntos cada uno; los puntajes oscilan de 0-100 (niveles de 1-10, 11-20, 21-30,...91-100).

Cuando el puntaje obtenido es superior a 70, se considera que el niño tiene un buen nivel de funcionamiento; mientras que puntajes menores a 40 se obtienen en niños y adolescentes que requieren hospitalización.

Los pensamientos heteroagresivos de los pacientes fueron clasificados, por la severidad del daño que ocasionarían si es que fueran actuados, en:

- a. Pensamientos homicidas.** Se consideró que el paciente tenía pensamientos homicidas cuando, luego de una serie de actos heteroagresivos, que el paciente ejecutaba "en su mente" contra otro, ese otro finalmente "moría".
- b. Pensamientos heteroagresivos serios.** Se calificaron a aquellos que, tras actos heteroagresivos contra otro "ocurridos en la mente del paciente", ese otro terminaba desmayado o gravemente lesionado.
- c. Pensamientos heteroagresivos leves.** Se denominó así a los pensamientos que tenían los pacientes en contra de otro, con los que ocasionaban algún "daño físico" que no comprometía su estado de alerta ni ocasionaba lesiones en las que podría haber heridas sangrantes.
- d. Pensamientos heteroagresivos mixtos.** Se denominó así cuando, en la fantasía del o la paciente, "otra persona es la que ocasiona el daño a quien él o ella desea".

Se consideró que un paciente presentaba una conducta heteroagresiva, cuando se obtuvo esa información directamente del paciente o de sus padres. Esta conducta se clasificó como homicida o no homicida, de acuerdo a la intencionalidad del paciente al momento del acto heteroagresivo.

Se empleó el Paquete Estadístico SSPS, versión 13. Se hallaron el porcentaje, el valor promedio, la moda y la desviación estándar de las variables estudiadas.

Resultados

Características sociodemográficas

La serie estudiada correspondió a 42 pacientes con diagnóstico de fobia social y pensamiento heteroagresivo, de 10-18 años (edad promedio: 14,33 años), de ambos sexos, con una relación H/M: 2/1. El total de pacientes procedía de las clases sociales media y media baja.

Características clínicas

La gravedad de enfermedad que presentó este grupo de pacientes fue severa. Esto se evidenció claramente por el promedio de las puntuaciones halladas en cada una de las escalas empleadas; así, el valor promedio en la Escala de Hamilton Ansiedad fue 23; en la Escala de Funcionamiento Global fue 65 y, en la Impresión Clínica de Severidad de Enfermedad, 5.

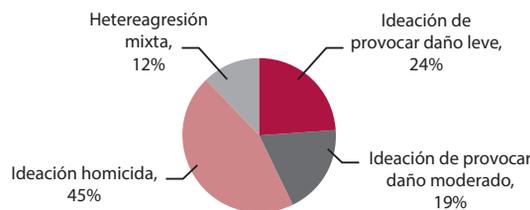
La moda de la edad de inicio de la fobia social fue de 11-13 años (con una desviación estándar de 1,13 años), mientras que la moda del tiempo de enfermedad de la fobia social fue de más de 4 años (desviación estándar: 1,6).

Pensamiento heteroagresivo y conducta violenta

La moda de la edad de presentación del pensamiento heteroagresivo fue de 11-13 años. El tiempo promedio de duración de este pensamiento fue menor de 30 minutos al día en el 69% de los casos.

La ideación homicida se halló en el 45% de los pacientes. El objeto a agredir, en el 74% de los casos, fueron los pares; mientras que en un 7% fueron los padres y los pares. En el 67% de pacientes "el arma empleada" fue su propio cuerpo (gráfico 1).

Gráfico 1.
DISTRIBUCIÓN DE 42 PACIENTES CON FOBIA SOCIAL Y PENSAMIENTO HETEROAGRESIVO, SEGÚN EL TIPO DE PENSAMIENTO HETEROAGRESIVO



Debemos resaltar que el 14% de pacientes había tenido por lo menos un intento homicida (que fue prevenido por otros) y que otro 19% tuvo conductas heteroagresivas no homicidas, de grado leve a moderado en contra de pares.

Pensamiento y conducta autoagresiva

El 62% de la muestra tenía pensamiento suicida en diferentes grados de severidad. Uno de los pacientes intentó suicidarse durante el estudio. (2,4%).

Comorbilidad

El 93% de los pacientes tenía por lo menos un diagnóstico comórbido. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes fueron trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Eventos adversos sufridos por los pacientes a lo largo de la vida

Se encontró niveles altos de eventos adversos. El maltrato infantil ocurrió en el 95% de los casos (40 de 42 casos), seguido por el acoso de pares (93%), la violencia doméstica y el haber sido un hijo no deseado (ambos con 79%) (Tabla 1).

Tabla 1.
DISTRIBUCIÓN DE 42 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FOBIA SOCIAL Y PENSAMIENTO HETEROAGRESIVO, SEGÚN EL TIPO DE EVENTOS SUFRIDOS A LO LARGO DE SUS VIDAS

EVENTOS ADVERSOS SUFRIDOS POR EL NIÑO	Sí	%
Niño no deseado por al menos uno de los padres	33	79
Violencia doméstica	33	79
Maltrato Infantil	40	95
Acoso de pares	39*	93

*Se excluyó a dos sujetos por no respuesta.

La separación de padres ocurrió en el 55% de la muestra.

Antecedentes psiquiátricos de los padres

El 83% de las madres ha sufrido alguna enfermedad mental durante la vida de los pacientes, siendo la depresión el trastorno más frecuente. Una de las madres tenía ideación

suicida y filicida al momento de la evaluación. Mientras que, en el caso de los padres, se halló que casi el 50% tenía historia de alguna enfermedad mental, con una marcada prevalencia de problemas con el alcohol. Hubo un 30,9% de padres de los que no se pudo obtener información porque no vivían con el paciente y se desconocían estos datos.

Presencia de referentes importantes

La mayoría de los pacientes (52,4%) no contaba con personas de confianza.

Discusión

Hasta donde conocemos, ésta es la primera descripción de pensamiento heteroagresivo en niños y adolescentes con diagnóstico de fobia social. El hecho que el 45% de la muestra tenga pensamiento heteroagresivo es un evento preocupante.

Es bien conocido que el pensamiento fantástico es un mecanismo frecuente por el que el adolescente disminuye su ansiedad^{14,15}. Lo singular de este grupo de pacientes es que los pensamientos fueran de naturaleza violenta.

Otro grupo en el que han sido descritos pensamientos similares es el de adolescentes que han cometido asesinatos en sus escuelas. Ellos reportaron haber tenido pensamientos homicidas muchos meses antes de cometer tales actos. Además, ambos grupos comparten las dificultades para interactuar socialmente; los adolescentes asesinos fueron descritos por sus pares y profesores como "solitarios"^{16,17}.

La ideación suicida que se observó en estos pacientes es similar a la reportada en otras investigaciones en población adulta con fobia social¹⁸.

Un dato realmente impresionante fue el alto porcentaje de pacientes cuya concepción fue rechazada (79%), así como que el 79% haya crecido en hogares violentos y que el 95% haya sufrido maltrato infantil. Todos estos factores probablemente contribuyeron con la pobre adquisición de habilidades sociales, según lo hallado por Fantuzo y col. y otros investigadores^{19,20,21,22}.

Niños y Adolescentes con Fobia Social y Pensamiento Heteroagresivo

Por otro lado, se debe resaltar que 93% de pacientes eran víctimas del acoso de sus compañeros y que los pensamientos heteroagresivos se iniciaron, en su mayoría, en el momento en que esto ocurría. Esto muestra que estos pacientes han sido objeto de rechazo a lo largo de sus vidas, desde su concepción hasta la adolescencia.

La historia de enfermedad mental en el 83% de las madres y en el 50% de los padres nos hace reflexionar en los aspectos genéticos, que deberían ser objeto de futuras investigaciones. Por otro lado, el vivir al lado de padres con alguna enfermedad mental debe haber contribuido a generar dificultades en el establecimiento del vínculo entre el niño y el padre afectado, así como favorecer la aparición de los trastornos depresivos y ansiosos que presentan estos pacientes^{23,24,25}.

Consideramos que estos pacientes presentan una enfermedad severa, debido a que todos padecen fobia social generalizada, el 75% de los casos tiene un tiempo de enfermedad mayor de cuatro años, sus puntajes en las escalas empleadas son altos y el 93% presenta otro diagnóstico psiquiátrico. Ante esto, creemos que el pensamiento heteroagresivo se presentaría en adolescentes con fobia social generalizada severa y con comorbilidad y podría no ocurrir o presentarse en menor proporción en adolescentes con fobia social menos severa; sin embargo, esta hipótesis necesita ser corroborada con estudios comparativos posteriores.

En un estudio de población, la fobia social ha sido descrita como un trastorno mental que reduce el riesgo de conductas heteroagresivas²⁶. La diferencia con la muestra estudiada probablemente radica en que los casos han sido extraídos de una muestra clínica, la severidad de la enfermedad es probablemente mayor, la incidencia de maltrato es muy alta y la comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico podría dificultar el control de impulsos. Esta hipótesis merece ser evaluada posteriormente.

Debido a lo pequeño de la muestra estudiada, no podemos hacer generalizaciones; sin embargo, los resultados dan lugar a una serie de interrogantes:

1. Los pacientes con diagnóstico de fobia social y comorbilidad con depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno por déficit de atención y antecedentes de haber sido maltratados, ¿tienen más probabilidad de desarrollar pensamiento heteroagresivo que los pacientes con fobia social sin esas características?
2. ¿El hecho de que los pacientes de nuestra muestra fantaseen más frecuentemente con el uso de su cuerpo o de armas punzocortantes, en lugar de armas de fuego, es un elemento que ha impedido la ocurrencia de ataques mortales en los colegios peruanos?
3. ¿Los profesores son concientes de la importancia de detectar y detener las situaciones de abuso que ocurren en los centros educativos entre los alumnos?
4. ¿Son niños y adolescentes con características similares a las descritas en esta investigación quienes asesinaron a compañeros y profesores en Estados Unidos y Argentina?

A pesar de que los pacientes de esta muestra provienen de estratos socioeconómicos bajo y medio-bajo, suponemos que es posible que estos hallazgos puedan estar ocurriendo en todas las clases sociales, puesto que en todas ocurren violencia y fobia social. Esta hipótesis también necesita ser corroborada con nuevas investigaciones.

Un interesante aporte de este estudio es el reconocimiento de que los niños y adolescentes con fobia social pueden tener pensamientos heteroagresivos y que los profesionales de salud mental tienen la obligación de explorar su presencia. Para lograr tener acceso a esta información se debe establecer una relación basada en la confianza y respeto con el paciente y su familia.

Correspondencia:

Psic. Roxana Vivar-C.
Jr. Eloy Espinoza Saldaña 709
Urbanización Palao
Lima, 31

Teléfono: (511) 614-9200 anexo 1008
Correo electrónico: rvivarc2003@yahoo.com

Referencias

- 1 Instituto Especializado de Salud Mental, Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002., Anales de Salud Mental 2002; XVIII, (1-2):115-127.
- 2 Kessler RC. The impairments caused by Social Phobia in the General Population: Implications for Intervention. *Acta Psychiatr. Scand* 2003; 108 (Suppl. 417): 19-27.
- 3 Kessler RC, Mc Gonagle Ka, Zhao S. Lifetime and 12 moth Prevalence of DSM III R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- 4 Chavira DA, Stein MB. Childhood Social Anxiety Disorder: from Understanding to Treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2005;14:797-818.
- 5 Cándido J. Inglés, María D. Hidalgo, and F. Xavier Méndez "Interpersonal Difficulties in Adolescence: A New Self-Report Measure", *European Journal of Psychological Assessment* 2005; 21(1):11-22.
- 6 Ruscio A, Brown T, Chiu W Social fears and social phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008; 38 (1): 15-28.
- 7 Wittchen H, Fehm L *Epidemiology, Patterns of Comorbidity and Associated Disabilities of Social Phobia* *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 617-641.
- 8 Curtis R; Kimball a Stroup L, Understanding and Treating Social Phobia. *Journal of Counseling and Development.* 2004; 82: 3-9.
- 9 Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas Rosa E, Bravo Francisco, Ordoñez Carlos. Conductas de riesgo en adolescentes de Lima. En: Monografías de investigación N° 7. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; 1999; p11-54.
- 10 Perales A, Sogi C, Salas Rosa E. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena. En: Monografías de Investigación No.4. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; 1996. p1-75.
- 11 Hamilton M. .The Assessment of Anxiety Status by Rating, *Br. J. Med. Psychol* 1959; 32: 50-55.
- 12 Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU). Assessment Manual 1976; Rockville, National Institute of Mental Health.
- 13 Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch General Psychiatr* 1983; 40: 1228-31.
- 14 Dolto F. La causa de los adolescentes. Seix Barral. Barcelona: 1990.
- 15 Aberastury and Knobell: Syndrome of Normal Adolescence, Ed. Artes Médicas, 1991, Porto Alegre.
- 16 Mc Gee, J. and De Bernardo, C. The Classroom Avenger. *The Forensic Examiner* 1999; 8: 16.
- 17 Mellody JR, Hempel AG, Mohandie K, Shiva A, Gray Thomas. Offender and offense characteristics of a nonrandom sample of adolescent mass murderers. *J Am Acad Child-Adolesc Psychiatry.* 2001; 40(6): 719-28.
- 18 Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R., & Weissman, M.M. Social Phobia: Comorbidity and Morbidity in an Epidemiology Sample. *Archives of General Psychiatry.* 1992; 9: 282-288.
- 19 Bowlby J. Attachment and Loss. New York: Basic, 1973.
- 20 Bowlby J. Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Ed. Morata; 1986.
- 21 Parker J y Herrera C. Interpersonal processes in friendships: A comparison of abused and non-abused children's experiences. *Developmental Psychology* 1996;32 (5): 1025-1038.
- 22 Fantuzzo JW, Weiss A, Atkins M, Meyers R, Noone M. A contextually relevant assessment of the impact of child Maltreatment on the social competences of Low-income urban children. *J Am Acad Child-Adolesc Psychiatry.* 1998; 37(11):1201-8. Disponible en: http://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&q=A+contextually+relevant+assessment+of+the+impact+of+child+Maltreatment+on+the+social+&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=1.
- 23 Martins C. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of child psychology and psychiatry* 2000; 4: 737. Disponible en: http://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&q=Effects+of+early+maternal+depression+on+patterns+of+infant-mother+attachment%3A+A+meta-analytic+investigation.+&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=1.
- 24 Spence SH., Najman JM., Bor W, O'Callaghan MJ, Williams G.. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationships factors during childhood as predictors of anxiety and depressive Symptoms in Adolescence. *Journal of child Psychology and Psychiatry* 2003; 43(4): 457-69. Disponible en http://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&q=Maternal+anxiety+and+depression+n%2C+poverty+and+marital+relationships+factors+during+childhood+as+predictors+of+anxiety+and+&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=1.
- 25 Murray L., Sinclair D., Cooper P, Ducouman P, Turner P, Stein O. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of child psychology and*

Niños y Adolescentes con Fobia Social y Pensamiento Heteroagresivo

psychiatry 1999; 40(08): 1259-71. Disponible en <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=10953>.

²⁶ Mason WA, Kosterman R, Hawkins JD, et al. Predicting depression, social phobia, and

violence in early adulthood from childhood behavior problems. J Am Acad Child-Adolescent Psychiatry 2004; 43(3):307-15. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709660494>.

ANEXO VIÑETA No. 1

Paciente varón de 16 años, natural de Huancayo, procedente del Callao. Viene acompañado de su madre.

Problema principal: "Miedo de estar en grupo". "Fantasías homicidas".

Enfermedad actual: Desde los doce años de edad presenta sintomatología compatible con fobia social. Con el transcurso del tiempo, este cuadro clínico se vuelve más discapacitante, llegando a sufrir crisis de angustia cuando tiene que enfrentar situaciones sociales. El paciente refiere: *"Cuando estoy en el colegio y pienso que mis amigos se van a burlar de mí... me entra un miedo terrible... siento que me puedo morir. Esto me ocurre varias veces al día... ¡No quiero estar en el colegio!. No tengo ganas de nada... Nada me llama la atención".*

"Otras veces, cuando ellos se están burlando de mí..., siento ganas de matar a mis compañeros con un cuchillo... con cualquier cosa. Tengo esas ideas desde el año pasado. Cuando juego juegos de computadora yo descargo mi cólera... juego esos juegos matando personas con una pistola. Me imagino que esas personas que estoy matando son mis compañeros."

Su madre refiere: *"Él está triste la mayor parte del tiempo. No desea salir a la calle. No desea asistir a clases porque tiene miedo al colegio."*

Historia general: El paciente fue abandonado desde el embarazo por su padre. El vive con su madre y padrastro, quienes siempre tienen problemas de pareja. Tiene dos medio hermanos de 10 y 7 años. Ha sido hostilizado por sus compañeros.

Comorbilidad: Depresión mayor.

Historia familiar de enfermedad psiquiátrica: La madre presenta fobia simple. Se desconoce la historia clínica del padre. Los medio hermanos son aparentemente saludables.

Examen mental: Es un adolescente alerta, con regular cuidado de arreglo personal. Presenta signos de ansiedad durante la entrevista (Evita la mirada, mueve las manos, tiene hiperhidrosis palmar, su voz es entrecortada y de tono bajo).

Conserva las características normales del lenguaje formal. Refiere tener fantasías homicidas y niega presentar ideación homicida. No presenta síntomas psicóticos.