



Instituto Nacional de Rehabilitación

Luis Guillermo Ibarra Ibarra

BOLETÍN MÉDICO E INFORMATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Contenido

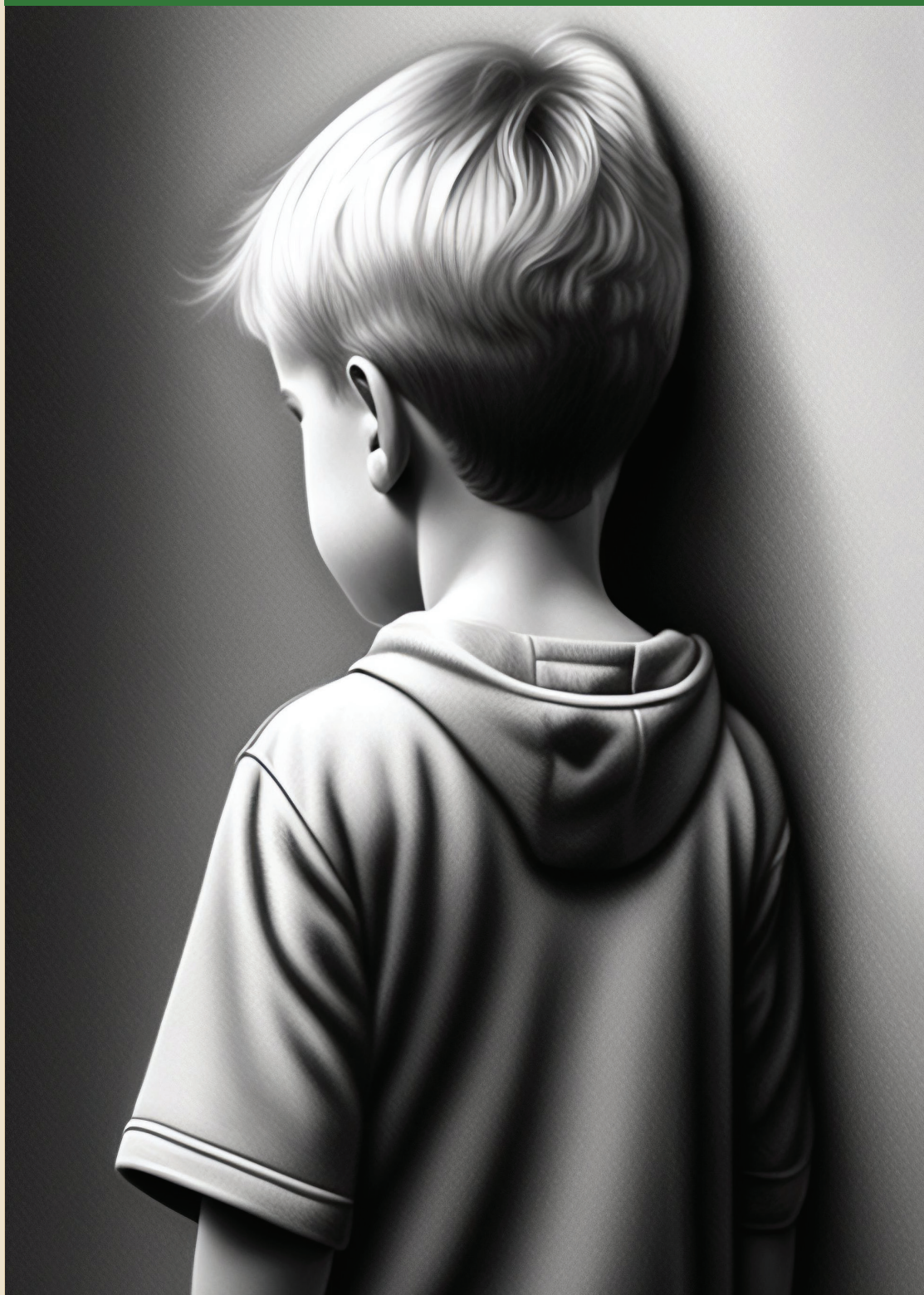
Artículos

- Diagnóstico Y Tratamiento De Los Transtornos De Ansiedad En Niños Y Adolescentes | 2

Conmemorativo

- Día Mundial Contra La Diabetes | 15

IX Congreso Internacional de Investigación en Rehabilitación



**Diagnóstico Y Tratamiento
De Los Transtornos De Ansiedad
En Niños Y Adolescentes**

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Gustavo Reyes Terán
Titular de la Comisión
Coordinadora de los INS y HAE

Dr. Carlos Pineda Villaseñor
Director General

Dr. Álvaro Lomelí Rivas
Director Médico

Dra. Matilde L. Enríquez S.
Directora de Educación en Salud

Dr. Juan Antonio Madinaveitia V.
Director Quirúrgico

D. en Ing. Josefina Gutiérrez Martínez
Directora de Investigación

Lic. Humberto Moheno Díez
Director de Administración

Editor

Lic. Edgar Raúl Mendoza Ruíz
Jefe de Difusión
y Divulgación Científica

Coordinación Editorial
Biol. Sylvia Nuñez Trías

Diseño Editorial y Producción de Imagen
D.G. Mónica García Gil
Lic. Miguel Ángel Dávalos Anaya

Distribución
inr.gob.mx/boletin.html

Portada:
Lic. Miguel Ángel Dávalo Anaya

Contraportada:
IX Congreso Internacional de Investigación
en Rehabilitación

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.
EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS
ES RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Diagnóstico Y Tratamiento De Los Trastornos De Ansiedad En Niños Y Adolescentes

Dirección Médica

El presente artículo está dirigido a los especialistas en psicología y psiquiatría infantil y de la adolescencia con la finalidad de identificar el cuadro clínico que permita el diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad infantil en los niños con alguna discapacidad motora.

Los trastornos de ansiedad (TA) son la patología psiquiátrica de mayor prevalencia en niños y adolescentes. Los estudios epidemiológicos demuestran que entre el 6 y el 20 % presenta alguno de estos trastornos. Los TA son subdiagnosticados en general dada la tendencia de considerar a la ansiedad como un rasgo del temperamento infantil. Esta es la principal razón por la cual también son subtratados.

Afortunadamente en la actualidad contamos con criterios bien delimitados en el DSMIV y el CIE10. Por ello es muy importante que el especialista aprenda a sospechar la existencia de un trastorno de ansiedad infantil (TA) ante quejas somáticas reiteradas en los niños que atienden regularmente. También es frecuente que el llanto, la irritabilidad y las rabietas acompañen con frecuencia los (TA) estas conductas en el contexto de los (TA) pueden ser mal interpretadas como oposicionismo o desobediencia, cuando en realidad representan la expresión de miedo en los chicos o sus esfuerzos por evitar a toda costa los estímulos que lo provocan.

Los (TA) se asocian con problemas familiares, escolares y sociales y aumentan el riesgo de depresión y abuso de sustancias en la adolescencia. El comienzo infantil de los (TA) es predictor también de formas severas de ansiedad y de depresión y en general, más trastornos psiquiátricos en la adolescencia y en la adultez causando estrés psicosocial y deterioro personal, familiar y laboral. Los estudios familiares demuestran una fuerte asociación de (TA) en padres e hijos. Todos estos datos indican la necesidad de su temprano y eficaz tratamiento como medidas preventivas para evitar alterar el desarrollo psicosocial normal de los niños y adolescentes que puedan convertirse en adultos dependientes y evitativos que disminuyen sus habilidades sociales y presentan una baja autoestima.

Es un grupo de entidades nosológicas, psiquiátricas y sus características más importantes son la preocupación, inquietud, miedo y vergüenza excesiva sobre situaciones con resultados

incierto, los síntomas de la ansiedad pueden reflejarse en el pensamiento, comportamiento o reacciones físicas. Lo anterior es propio del ser humano, lo que define el padecimiento es la intensidad o la frecuencia desmedida con que aparece, en realidad lo que se exagera es la interpretación de los estímulos que recibimos del medio.

Clasificación

Tabla De Clasificación De Los Transtornos De Ansiedad Basados En El CIE-10YDSM-IV

CIE-10	DSM-IV	SÍNTOMAS
F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación.
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)	Crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)	Presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
F40.22	Fobia específica (300.29)	Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
F40.1	Fobia social (300.23)	Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
F42.8	Trastorno obsesivo compulsivo (300.3)	Obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
F43.1	Trastorno por estrés postraumático (309.81)	Reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
F43.0	Trastorno por estrés agudo (308.3)	Síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)	Presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a (indicar enfermedad médica) (293.84)	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
F1x.8	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado (300.00)	Se ha incluido con el objetivo de acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos y mencionados. (Síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación (309.21)	Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado.



Etiología

Estudios genéticos han producido datos sólidos de que al menos algunos componentes genéticos contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Casi la mitad de todos los pacientes de trastornos de angustia tienen al menos un familiar afectado.

Las investigaciones sugieren que existen factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden tener un papel predisponente en el desarrollo de este trastorno. Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina, los cuales se sabe que regulan el estado de ánimo y el comportamiento.

No se debe concebir de manera separada al individuo de su ambiente, si queremos entender de forma integral el fenómeno de la enfermedad mental. Por lo tanto, debemos señalar que los factores sociales tienen un impacto directo en el mundo psíquico de los seres humanos. Se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona la puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad. La manera de ser de los padres, su forma de crianza, el ambiente familiar y cultural pueden influir para que una persona sea susceptible a desarrollar (TAG). Trastorno de ansiedad generalizada.

Los temores pueden ser resultado de conductas aprendidas transmitidas por adultos temerosos.
Epidemiología

Existen diversos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad afectan al 10% de los niños se manifiestan de diversas formas incluyendo fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, crisis de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático, y la comorbilidad con depresión y otras patologías puede alcanzar niveles de hasta el 60%.

Anderson y colaboradores reportan prevalencias en población general de 3.5% para trastorno de ansiedad por separación, 2.9% para trastorno de ansiedad generalizada, 2.4% para fobia simple y 1.0% para fobia social. Bowen y cols. Reportaron una prevalencia de 3.6% de trastorno de ansiedad por separación y un 2.4% de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en una muestra de 12 a 16 años.

En una muestra de sujetos de 14 a 17 años de edad (N=5,596), la prevalencia de trastorno de pánico fue de 0.06% y para TAG fue de 3.7%.

Una muestra de atención pediátrica primaria de 7 a 11 años (N=300) reveló una prevalencia a un año de trastornos de ansiedad de 15.4% basada en combinaciones diagnósticas de entrevistas psiquiátricas estructuradas para padres y niños.

Fobia simple, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fueron los más prevalentes, con índices de 9.2%, 4.1% y 4.6%, respectivamente.

La edad de inicio promedio se encuentra en 7.5 años para el trastorno de ansiedad por separación, reportándose siempre menor en comparación con la edad de presentación, para otros trastornos de ansiedad en niños que alcanza los 10.3 años. La proporción en género para cada trastorno de ansiedad fue relativamente igual en unos estudios y otros revelan que las niñas experimentan más ansiedad que los niños. Con respecto a los adolescentes, el trastorno de pánico presenta un rango de edad de inicio entre 15 y 19 años, para



la fobia social, ocurre en la adolescencia temprana y media, presentando cifras similares entre ambos sexos.

Caraveo y Anduaga estudiando la población de la ciudad de México encontraron que un 48.6% resultó asintomática para un trastorno mental y una prevalencia de 4.46% de problemas internalizados, entre ellos síndromes de ansiedad generalizada y ansiedad con inhibición. Los resultados aportados por el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, que incluye datos de la población adulta de la ciudad de México, han encontrado que los trastornos de ansiedad con inicio temprano en la vida preceden el uso, el abuso y la dependencia a sustancias, lo que subraya la necesidad de identificar tempranamente problemas que con el tiempo conducen a otras patologías.

Medina Mora y cols. Encontraron en la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica que de los trastornos mentales los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad.

En la población total, dentro de estos trastornos, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), y la fobia social (4.7%). Al analizar los trastornos específicos por sexo los principales trastornos para las mujeres fueron: las fobias (específicas y sociales).



Cuadro Clínico

La ansiedad habitualmente tiene dos componentes:

A. Las manifestaciones somáticas:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- Escalofríos o sofocaciones.

B. Los síntomas cognoscitivo-conductuales y los afectivos:

- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o a volverse loco.
- Sensación de muerte inminente.
- Intranquilidad.
- Inquietud.
- Ideas catastróficas.
- Deseos de huir.

Criterios De Diagnóstico Para Los Diferentes Tipos De Ansiedad

Trastorno De Ansiedad Generalizada (TAG)

El TAG se define como una ansiedad y preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades cotidianas (ejemplo, responsabilidades y fallas académicas menores, y otros problemas de carácter menor) durante la mayoría de los días, al menos por un período de 6 meses: Una característica de las preocupaciones en el TAG que la diferencia de las preocupaciones que cualquier persona puede tener es que son difíciles de controlar, son consideradas excesivas y son

claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o acontecimiento temidos; además están asociadas a síntomas somáticos variados como sudoración de manos, temblor, tensión muscular, irritabilidad, alteraciones del sueño, cefalea y sensación de inquietud y muchas veces pueden ser éstos síntomas los más prominentes en los niños y los adolescentes. Según el DSM-IV para hacer el diagnóstico de TAG se debe identificar al menos un período de al menos seis meses, la presencia de los siguientes síntomas:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan por más de seis meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes, algunos de los cuales han persistido por más de seis meses. **Nota:** en los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: Inquietud o impaciencia, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparado).

D. El centro de la atención y preocupación no se limita a los síntomas de otro trastorno psiquiátrico, por ejemplo: trastorno de angustia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad por separación o anorexia nerviosa, etc.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos o provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Trastorno De Ansiedad Por Separación (TAS)

Es un trastorno de ansiedad que se presenta en general en niños y adolescentes, caracterizado por una ansiedad excesiva cuando no están por las principales personas a quien están apegados, como los padres o cuidadores, llegando a ser incapaces a quedarse solos, ir a la escuela o algún otro lugar sin compañía, pues temen que ocurra algo catastrófico como un secuestro o un accidente grave.

De acuerdo al DSM-IV para poder establecer el diagnóstico de (TAS) deben tenerse en consideración los siguientes criterios:

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, manifestada por tres o más de las siguientes circunstancias:

- Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante por ejemplo extraviarse o ser secuestrado.
- Resistencia negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
- Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas o sin adultos significativos en otros lugares, negativa o resistencia persistente a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a dormir fuera de casa.
- Pesadillas repetidas con temática de separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos, cuando ocurren o se anticipa la separación respecto de figuras vinculadas de separación.

B. La duración del trastorno es de por lo menos cuatro semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, o de otras áreas importantes de la actividad del niño y adolescente.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno post psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica por la presencia de un trastorno por angustia por agorafobia. Se debe especificar si es de inicio temprano cuando los síntomas tienen lugar antes de los 6 años de edad.

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

La característica central de este trastorno es la presencia de dos síntomas específicos: obsesiones y compulsiones. Estas son lo suficientemente graves para ocasionar un intenso malestar, una gran pérdida de tiempo en su realización y una interferencia significativa en la rutina habitual.

A. Los criterios diagnósticos del DSM-IV son los siguientes:

Las obsesiones se definen por:

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.
- Los pensamientos impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos impulsos o imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- La persona reconoce que estos pensamientos impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente, y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento.

Las compulsiones se definen por:

1. Comportamientos por ejemplo lavados de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones o actos mentales como por ejemplo rezar, contar o repetir palabras en silencio de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados en forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones académicas o su vida social.

C. Si hay otro trastorno del eje 1, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él como por ejemplo preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de caballos en la tricotilomanía, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, etc.

D. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia por ejemplo drogas, fármacos o de una enfermedad médica.

Trastornos De Angustia (TA)

Este es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la aparición súbita e inesperada de varias crisis de angustia (también llamadas de pánico), seguidas de un período de al menos de un mes con ansiedad constante relacionada con el temor de que vuelva a presentarse la crisis y a las posibles consecuencias catastróficas de las mismas, lo que ocasiona que el niño o adolescente cambie

su comportamiento. Estos síntomas causan disfunción en la vida cotidiana del chico y le ocasionan malestar y sufrimientos importantes.

Las crisis de angustia no son precipitadas por factores ambientales, no existe un motivo que justifique la aparición de dichos síntomas y su frecuencia suele ser variable. Generalmente tienen una duración no mayor de 60 minutos, con el punto máximo de malestar en los primeros 10 minutos.

Los criterios para calificar a una crisis de angustia según el DSM-IV son:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos:

- 1.- Palpitaciones, sacudida del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- 2.-Sudoración.
- 3.- Temblores o sacudidas.
- 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- 5.- Sensación de atragantarse.
- 6.- Opresión o malestar torácico.
- 7.-Náuseas o molestias abdominales.
- 8.- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- 9.- Sensación de irrealidad o despersonalización.
- 10.- Miedo a perder el control o volverse loco.
- 11.- Miedo a morir.
- 12.- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- 13.- Escalofríos o sofocaciones.

Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, por ejemplo, drogas, fármacos o una enfermedad médica, por ejemplo, hipotiroidismo. Y no pueden explicarse por la presencia de otro trastorno mental.



Fobias

Una fobia se caracteriza por un miedo que adquiere una dimensión patológica, irracional y desproporcionada que produce la evitación consciente del objeto actividad o situación temida.

Las fobias se dividen en dos grandes grupos: **Fobia Específica (FE) Y Fobia Social (FS).**

La fobia específica consiste en un miedo intenso y continuo, de características excesivas e irracionales, es provocado por la presencia o anticipación de la posibilidad de exponerse a un objeto o situación específica. Estos objetos o situaciones pueden ser muy variados:

- Tipo animal (arañas, cucarachas, ratones, aves, serpientes, gatos).
- Tipo ambiental (oscuridad, tormentas, altura, relámpagos).
- Tipo situacional (elevadores, aviones, lugares cerrados, túneles, puentes entre otros).
- Tipo sangre – inyecciones- daño.

- Otros tipos (sonidos intensos o personas disfrazadas).
- La fobia social se caracteriza por el temor intenso y persistente a situaciones sociales o a ser el centro de atención, como hablar, comer o escribir en público, utilizar baños públicos, asistir a fiestas o entrevistas. No se limita a un lugar específico, sino a cualquier sitio.

Los criterios diagnósticos para Fobias Específicas de acuerdo al DSM-IV son los siguientes:

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada. **Nota:** en los niños, la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** en los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones académicas o sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Los criterios del Fobia Social según el DSM-IV son:

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** en los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** en los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitas o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la situación social o actuación en público temida interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, en sus relaciones académicas, sociales o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse por lo menos 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, por ejemplo: drogas, fármacos, o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos. **Nota:** Adicionalmente el CIE-10 menciona dos de los siguientes síntomas: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar.



Trastorno De Estrés Postraumático (TEPT)

El Trastorno De Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que pueden sufrir niños, adolescentes o adultos. Después de haber experimentado o haber sido testigo (también en niños solo haber escuchado que a alguien le ocurrió) de un hecho traumático un accidente, un desastre natural o una situación violenta, el chico reacciona con mucho miedo e impotencia y continúa reviviendo esta sensación después de un mes o más, y trata de evitar todo aquello que se lo recuerde. Los recuerdos se desencadenan ante varias situaciones similares y frecuentemente se presentan pesadillas con contenido del evento traumático. Hay quienes también pueden experimentar “flash backs”, consiste en

revivir el momento como si estuviera ocurriendo de nuevo, de una manera tan real que genera todo el terror que vivió.

El DSM-IV presenta las siguientes características diagnósticas que deben cumplirse en número y tiempo:

A. La persona ha estado expuesta a u acontecimiento traumático en el que han existido las siguientes dos condiciones:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con temor desesperanza u horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es experimentado persistentemente mediante una o más de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueño de carácter recurrente sobre el acontecimiento que produce malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actual o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden resignificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indica tres o más de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

Nota: Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del niño.

Es necesario hacer la especificación sobre la duración de los síntomas en relación con la ocurrencia del acontecimiento traumático en agudo si los síntomas duran menos de 3 meses o crónico si los síntomas duran 3 meses o más. Además, si fue de inicio demorado, es decir, que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Diagnóstico Diferencial

Padecimientos psiquiátricos con los que se debe realizar el diagnóstico diferencial:

Trastorno depresivo: Los trastornos del estado de ánimo que tienen como característica principal una alteración del humor.

Distimia: Se caracteriza por al menos un año en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo.

Esquizofrenia: Es una alteración que incluye ideas delirantes alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad.

Trastornos somatomorfos: Consisten en la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de ella.

Trastornos de la personalidad: Es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Comorbilidad

En general la comorbilidad de los trastornos de ansiedad en la adolescencia con otros trastornos psiquiátricos es alta presentando otros cuadros psiquiátricos. El patrón comórbido más común es el de los trastornos de ansiedad con depresión, mostrándose en un 72% de los adolescentes; así los adolescentes con trastorno comórbido presentan un mayor estrés.

Es alta también la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad. Por otra parte, los trastornos de ansiedad son más comórbidos que lo esperable con los trastornos disruptivos de conducta o de externalización, tales como el trastorno con déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TND), y trastorno de conducta disocial (CD). Es importante consignar que la presencia de ansiedad en un adolescente es factor de riesgo para cometer suicidio.



Factores De Riesgo

Los trastornos de ansiedad al igual que la mayoría de las alteraciones psiquiátricas representan condiciones complejas. Esto significa que las alteraciones resultan de interacciones entre múltiples factores de riesgo y predisposiciones subyacentes.

Se debe contemplar el manejo de los factores predisponentes para el desarrollo de los trastornos de ansiedad:

Familiares: Antecedentes de síntomas y trastornos de ansiedad, comunicación verbal limitada de los aspectos emocionales.

Del niño: Temperamento incluyendo consciencia, labilidad emocional, vulnerabilidad, y sus fortalezas, coeficiente intelectual, dificultad en las relaciones sociales y situaciones de abuso emocional.

Sociales: Ambiente nocivo del vecindario.

Factores precipitantes: Depresión, estilos de vida estresantes abiertos y encubiertos, enfermedad física, problemas con el grupo de pares, académicos, y limitaciones cognitivas, baja autoestima, crisis familiares.

Factores de mantenimiento: Perpetuación de las crisis y dificultades en las relaciones interpersonales y sociofamiliares. Modelos de familias con enfermedades serias, enfermedad mental en los padres, problemas escolares, enfermedad y evitación de conflictos, beneficios secundarios por el padecimiento, conductas profesionales reforzadoras de ansiedad y del rol de persona enferma.

Signos de alarma asociados para la generación de trastornos de ansiedad:

Temperamento/carácter: Niño con temperamento "difícil".

Emocional: Historia de un evento traumático (violencia doméstica) hipervigilante, ansioso, excesivamente preocupado o "congelado en el tiempo"; parece triste o sin energía, muestra poca alegría.

Sueño: se despierta muchas veces en la noche después de 6 meses, padece parasomnias, terrores nocturnos o sonambulismo "excesivos".

Otros signos de alarma estarían relacionados con el ambiente del niño. Con respecto a la relación padres-hijos que puede ser observada en la consulta son llamativos la presencia de cólera hacia ellos, declaraciones negativas de sus hijos, atribuciones de malas intenciones de la conducta del niño, manejo rudo, pérdida de la paciencia, hablarle con enojo o sin empatía. Padres que ejercen una educación estricta y severa, los que valoran a los hijos solo por su perfección en el desempeño académico, o los padres sobreprotectores que amparan excesivamente al chico.



En relación al aspecto del niño: Pobre higiene, falta de atención y reconocimiento hacia él, padres que hablan demasiado fuerte para un niño muy sensible, padres demasiado tranquilos para un niño muy poco activo, es decir todas aquellas señales que indican ausencia de interrelación adecuada y de entendimiento emocional del niño.

Con respecto al ambiente en casa: violencia doméstica, ausencia de límites, abuso de drogas, trastorno mental en la familia (sobre todo el abuso de alcohol), padres con dificultades en el trabajo.

Por último, con la detección precoz de psicopatología encontramos el concepto de resiliencia, que hace referencia a la capacidad de adaptarse satisfactoriamente a pesar de la presencia de una adversidad significativa.

Instrumentos De Evaluación

La ansiedad comprende un aspecto normal del desarrollo, por ello las escalas de evaluación de la ansiedad requieren de habilidad para discriminar a los niños y adolescentes con síntomas clínicos de ansiedad con aquellos síntomas de ansiedad normal por lo que la atención diagnóstica del especialista se hace siempre deseable, ofrecen una gran utilidad para analizar la psicopatología de niños y adolescentes y planes de tratamiento. Sin embargo, no pueden ser utilizadas de forma casual e injustificada.

Dentro de la evaluación se deben elaborar preguntas sencillas y fáciles de entender en el contexto del niño y adolescente basada en los criterios del DSM-IV para la apreciación de cada uno de los criterios diagnósticos y la información acerca de síntomas ansiosos debe proceder de múltiples fuentes padres, hermanos, maestros por el hecho de que se sabe existe variabilidad de acuerdo entre los múltiples informantes, debe ser manejada con discreción, no debe revelarse a menos que el niño o adolescente lo autorice. Por otro lado, los padres o algunos familiares con los que el menor vive deben de ser informados sobre

el padecimiento y la importancia de ser atendido por el especialista.

La Escala de Ansiedad Manifiesta en niños revisada (CMAS-R) de Cecil R. Reinols, y Bert. O. Richmond, ha sido utilizada tanto como un instrumento clínico como de investigación para niños entre 6 y 19 años de edad como un medio de identificar problemas y abrir vías de discusión con niños preocupados. Es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad.

Puede aplicarse de manera individual o a grupos. Brinda cuatro puntuaciones de subescalas además de la puntuación de ansiedad total, estas subescalas se denominan:

- a) Ansiedad fisiológica,
- b) Inquietud/hipersensibilidad,
- c) Preocupaciones sociales/concentración
- d) De Mentira.

Escala de Evaluación ESCARED (del inglés Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders). Ha sido diseñada como una herramienta de tamizaje de los trastornos de ansiedad en los niños. Consta de 41 reactivos que se califican de 0 a 2, siendo 0 nunca, 1 algunas veces y 2 siempre.

Pruebas Projectivas

Test de Apercepción Infantil con Figuras de Animales (CAT-A): Idea original de Ernst Kris, consiste en 10 láminas de animales en situaciones diversas, se aplica a niños de 3 a 10 años de edad. Método proyectivo para explorar la personalidad estudiando el sentido dinámico vinculado con la reacción de un niño frente al grupo, en el jardín de niños, la escuela y la familia, de las diferencias individuales en la percepción de un estímulo estándar. Puede así mismo emplearse directamente en la terapia como técnica lúdica.

Test del Dibujo de la Figura Humana y de la Familia: Es un test de la personalidad que se interpreta basándose en las leyes de la proyección y se aplica a partir de los 5 ó 6 años. Nos revela partes conscientes e inconscientes del mundo del niño que es su familia y sus relaciones que mantiene con ella, permite conocer los sentimientos reales

que experimenta hacia los suyos y la situación en la que se coloca a sí mismo dentro de la familia.

Fabulas de Düss: Es una prueba proyectiva creada por Louisa Düss que mide los rasgos de personalidad, los complejos y las emociones inconscientes en niños de 3 años en adelante. Esta prueba pone en marcha los procesos mentales como: procesos asociativos, perceptuales, actitudes críticas de control y sus interacciones respectivas.

Características Generales Del Tratamiento

El tratamiento debe ser multimodal, es decir debe incluir la educación a los padres y al chico acerca de las características del trastorno, el acercamiento al personal escolar, la intervención psicoterapéutica y, desde luego la farmacoterapia.

La selección del tratamiento se basa en las características individuales del paciente y su familia. Se deben tomar en cuenta los estresores ambientales, los factores de riesgo, la severidad, la disfunción que le ocasiona y la comorbilidad, así como la edad y el funcionamiento familiar.

Para lograr estas intervenciones se requiere de un equipo multidisciplinario conformado por el personal de salud que idealmente detecta el padecimiento, médicos generales o de otras especialidades, enfermería, psicología, trabajo social, promotores de salud, los maestros y el psiquiatra quien finalmente establecerá el tratamiento farmacológico. Todos juntos deben hacer labor psicoeducativa y facilitar el entendimiento y el apego al tratamiento multimodal (intervenciones psicosociales, psicoeducativas y psicoterapéuticas).

Debe iniciarse, siempre que sea posible las intervenciones psicosociales, psicoeducativas y psicoterapéuticas. Las intervenciones psicoeducativas consisten fundamentalmente en ofrecer información sobre el padecimiento, así como estrategias de afrontamiento para el control de los síntomas. La psicoeducación debe impartirse a los pacientes niños, adolescentes y padres; la información incluye el tratamiento farmacológico indispensable cuando el paciente manifiesta síntomas severos. Entre

los tratamientos psicoterapéuticos útiles en el manejo de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes se encuentran:

Terapia cognitivo conductual: le permite al niño o al adolescente examinar patrones confusos y distorsionados de pensar. Algunas Investigaciones informan que la terapia cognitivo conductual y la terapia cognitivo-conductual con intervención familiar son tratamientos probablemente eficaces en base a los criterios de la Comisión de Expertos de la División 12 "Psicología Clínica", de la Asociación Americana de Psicología. El terapeuta enseña al niño habilidades de afrontamiento y le provee oportunidades para el cambio de pensamiento por ejemplo pasando del "no puedo" a hacerlo o de "algo malo va a pasar" al "lo voy a intentar", "puede ser que algo ocurra". Esta técnica, sin embargo, requiere de ciertas habilidades intelectuales, que la hacen inadecuada para niños de reducida edad o con deficiencia mental.

Terapia Psicodinámica: La importancia del trabajo psicoanalítico en los niños radica en que cuando ya son capaces de entender como están contruidos sus estados mentales y los de los demás y como estos respaldan todos sus actos y el lenguaje pueden entonces reflejar sus pensamientos y emociones. El juego es la parte central de la parte psicoterapia psicoanalítica en el niño, a través de él simboliza sus conflictos y ansiedades.

Terapia de Grupo: Mediante su interacción con sus pares y a través de esta dinámica el niño podrá aumentar la comprensión de su padecimiento y mejorar sus destrezas sociales.

Terapia Familiar: Facilita a la familia funcionar de manera más positiva y constructiva al explorar los patrones de comunicación además de proveer apoyo y educación.

Terapia Conductual: Consiste en entrenar a los padres y otros familiares en los principios de las técnicas operantes, fundamentalmente se les enseña a premiar los pequeños avances del niño y a dejar de reforzar conductas que, aunque parecen aliviar la angustia del paciente, no hacen sino prolongarla innecesariamente.

Día Mundial Contra La Diabetes

14 de Noviembre

El 14 de noviembre se celebra el Día Mundial de la Diabetes, una enfermedad que va en aumento en los últimos años y que puede provocar graves complicaciones e incluso la muerte. Se trata de dar a conocer las causas, los síntomas y complicaciones de la enfermedad, así como los tratamientos.

¿Por qué se celebra el Día Mundial de la Diabetes?

El Día Mundial de la Diabetes se celebra desde 1991, promovido por la Federación Internacional

de Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que crearon esta campaña mundial ante el preocupante aumento en la incidencia de la diabetes alrededor del mundo.

La fecha del 14 de noviembre se escogió porque coincide con el aniversario de Frederick Banting quien, junto con Charles Best, concibió la idea que les conduciría al descubrimiento de la insulina, en octubre de 1921.

14 de Noviembre Día Mundial Contra la Diabetes





IX Congreso Internacional de Investigación en Rehabilitación

Modalidad presencial y a distancia

Del 22 al 25 de noviembre del 2022, Centro de Convenciones de 8:00 a 14:00 horas, Ciudad de México

CURSOS PRECONGRESO

PONENCIAS MAGISTRALES

SIMPOSIOS

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

CIENTÍFICOS LIBRES

INFORMES E INSCRIPCIONES:

Para mayores informes visite nuestro sitio web:
ciir.inr.gob.mx

Áreas Temáticas

- Patologías reumáticas, osteomusculares y articulares.
- Neurociencias y patologías del sistema nervioso
- Ingeniería biomédica aplicada a la discapacidad, a la rehabilitación y al desarrollo de órtesis y prótesis.
- Medicina física, rehabilitación integral y lesiones deportivas.
- Ingeniería de tejidos, trasplantes medicina regenerativa.
- Patología de la visión, audición, lenguaje y deglución.
- Traumatología y ortopedia.
- Tumores musculoesqueléticos.
- Quemaduras, cicatrización e infecciones nosocomiales.
- Genética clínica y medicina genómica aplicada a la discapacidad.
- Discapacidad por envejecimiento.
- Secuelas pos-COVID-19.
- Enfermería en Discapacidad.

Av. México Xochimilco #289 Col. Arenal de Guadalupe, C..p. 14389, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México.
conmutador: 55 59 99 10 00



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Instituto Nacional de Rehabilitación
Luis Guillermo Ibarra Ibarra