

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE**

**“FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE  
ANSIEDAD EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL AÑO 2010 DE LA  
CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRÍA DE  
LA UMAE H. PEDIATRÍA CMNO”**

**Protocolo de tesis para obtener Diploma de PAIDOPSIQUIATRÍA**

**Presenta**

**Dra. Karla Villagómez Rodríguez**

**Guadalajara, Jalisco 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE**

**“FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE  
ANSIEDAD EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL AÑO 2010 DE LA  
CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRÍA DE  
LA UMAE H. PEDIATRÍA CMNO”**

**Protocolo de tesis para obtener Diploma de PAIDOPSIQUIATRÍA**

**Presenta**

**Dra. Karla Villagómez Rodríguez**

**Investigador responsable**

**Dr. José Ignacio Rendón Manjarrez**

**Asesor metodológico**

**Dra. Cecilia Colunga Rodríguez**

Dirigir correspondencia: Dra. Colunga, Unidad de Investigación UMAE, H. Pediatría CMNO del IMSS. Tel. (01) 33 3668 3000 ext. 32695 RED 843491326 E-mail: [cecilia.colunga@imss.gob.mx](mailto:cecilia.colunga@imss.gob.mx)

## **ALUMNO**

Dra. Karla Villagómez Rodríguez.  
Residente Paidopsiquiatría.  
UMAE Hospital de Pediatría, CMNO IMSS  
Belisario Domínguez 935 Col. Independencia.  
CP: 44340 Guadalajara, Jalisco. México.  
Tel. 33 3270 7568  
e-mail: [chachisvillagomez@hotmail.com](mailto:chachisvillagomez@hotmail.com)

## **ASESOR METODOLÓGICO**

Dra. en C. Cecilia Colunga Rodríguez.  
Investigadora a IMSS. SNI Nivel I  
Unidad de Investigación Médica  
UMAE Hospital de Pediatría C.M.N.O. IMSS  
Belisario Domínguez 935 Col. Independencia.  
CP: 44340 Guadalajara, Jalisco. México.  
Tel. (01) 33 3668 3000 ext. 32695  
RED 843491326  
e-mail: [cecilia.colunga@imss.gob.mx](mailto:cecilia.colunga@imss.gob.mx)

## **INVESTIGADOR RESPONSABLE**

Dr. José Ignacio Rendón Manjarrez.  
Jefe del Servicio del departamento de Paidopsiquiatría  
UMAE, H Pediatría, CMNO, IMSS  
Belisario Domínguez 935, Col. Independencia.  
CP 44340, Guadalajara, Jalisco, México.  
Tel. (01) 333668 3000 ext. 32655  
e-mail: [jose.rendo@imss.gob](mailto:jose.rendo@imss.gob)

### **Instituciones participantes**

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente,  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **ABREVIATURAS:**

**CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades 10° Edición.**

**CMNO: Centro Médico Nacional de Occidente.**

**DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales 4° Edición Texto Revisado.**

**IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.**

**TAS: Trastorno de Ansiedad por Separación.**

**TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.**

**TANE: Trastorno de Ansiedad No Especificado.**

**TEPT: Trastorno por Estrés Post-traumático.**

**TMAD: Trastorno Mixto Ansioso-depresivo.**

**TP: Trastorno de Pánico.**

**UMAE: Unidad Médica de Alta Especialidad.**

## ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	9
Marco Teórico	9
Antecedentes	15
Planteamiento del problema	17
Pregunta de investigación	18
Justificación	18
Objetivos	19
Material y métodos	19
Tipo de estudio	19
Universo de trabajo	19
Tamaño de muestra	19
Criterios de selección	20
Desarrollo del estudio	20
Variables del estudio	20
Análisis estadístico	20
Operacionalización de variables	21
Aspectos éticos	21
Recursos, financiamiento y factibilidad	22
Resultados	22
Discusión	23
Conclusión	24
Referencias bibliográficas	25
ANEXO 1	28
ANEXO 2	29
ANEXO 3	30

## **RESUMEN**

### **Título:**

Frecuencia de diagnóstico de Trastornos de Ansiedad en la población atendida en la Consulta Externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE Hospital de Pediatría CMNO.

### **Antecedentes:**

Los trastornos de ansiedad representan una de las formas más comunes de psicopatología entre niños y adolescentes, pero frecuentemente no se detectan, ni se tratan. La identificación temprana de estos trastornos puede reducir en forma efectiva el impacto de ansiedad en el funcionamiento social y académico de los jóvenes y la persistencia de ansiedad en la edad adulta.

Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia específica, fobia social, trastorno de estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad no especificado y trastorno mixto ansioso depresivo. En este estudio se analizarán datos de los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno por estrés post-traumático, trastorno de ansiedad no especificado y el trastorno mixto ansioso depresivo.

Las cifras de prevalencia para presentar un trastorno psiquiátrico durante la infancia y adolescencia, varían entre 5% a 22%, dependiendo de la metodología, tipo de entrevista, muestras e inclusión del criterio de discapacidad causada por el trastorno presentado. La Encuesta Británica de Salud Mental en niños y adolescentes de 1999 (Ford, et al. 2003; Meltzer et al, 2000) mostró 9,7% de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Puerto Rico (Bird et al, 1988), utilizando el Child Behavior Checklist (CBCL), reportó una prevalencia de 19,8%, que se ajustó al 6.9% al añadir el criterio de discapacidad. En Brazil se encontraron 12,7% de diagnósticos completos y 3,5% subsindromáticos en la región de Taubaté, utilizando la entrevista clínica al niño y a sus padres, además aplicaron los criterios del DSM-IV. En Chile, un estudio de la Cd. De Santiago mostró 15,7% de prevalencia,

medida con una entrevista clínica y utilizando criterios de CIE-10 sindromáticos y de discapacidad. En la Cd. de México fue de 39.9% de trastornos psiquiátricos, de los cuales el 25% eran leves, el 50% moderados y el 20% graves.

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad se han estudiado fundamentalmente en el adulto, aún no están establecidas en los niños. Los trastornos de ansiedad presentan tasas de prevalencia en torno al 9-21% de la población de niños y adolescentes, a nivel mundial. El trastorno de ansiedad generalizada afecta al 4% de niños y adolescentes. Las tasas de prevalencia de padecer al menos un trastorno de ansiedad durante la infancia varían entre el 6% y el 20% en EUA, llegando hasta el 31.9% en adolescentes de 13 a 18 años de edad; en el Reino Unido es de 3.77% (1999), en España son de 7.7-17.4% en niños y 11.2% en adolescentes, en Chile es del 7,4%, en Puerto Rico es de 2.9%, en Brasil de 5.2%, en México es del 4.1% al 14.3%.

En la UMAE H. Pediatría CMNO no se han realizado estudios epidemiológicos de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, por lo que no se conoce en qué situación se encuentra el hospital, en relación a lo reportado por otros hospitales del país o del extranjero. Los datos se obtendrán del total de pacientes atendidos de Enero a Diciembre del 2010, en la consulta externa del Departamento de Salud Mental (Paidopsiquiatría), los cuales fueron diagnosticados mediante una entrevista clínica y aplicando los criterios diagnósticos del DSM – IV-TR.

**Pregunta de investigación:**

¿Cuál es la frecuencia de diagnóstico de los trastornos de ansiedad en la población atendida en la Consulta Externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría CMNO?

**Objetivo general:**

Determinar la frecuencia de diagnóstico de trastornos de ansiedad en la población atendida en la consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría C.M.N.O.

**Objetivos específicos:**

- Clasificar los tipos de trastornos de ansiedad de acuerdo al diagnóstico registrado en la base de datos de la Consulta Externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría CMNO IMSS.
- Establecer la tasa de diagnóstico de los trastornos de ansiedad.
- Comparar las tasas obtenidas con lo reportado en la literatura en el país y el extranjero.

### **Material y métodos:**

Es un estudio descriptivo y retrospectivo de los trastornos ya mencionados. Se comparará con las tasas de prevalencia y la metodología de estudios realizados en otras entidades del país y extranjeras.

De un total de 2496 expedientes de pacientes vistos en la Consulta Externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría CMNO, se incluirán 316 expedientes de pacientes, a los cuales se les realizó uno de los siguientes diagnósticos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad no especificado y el trastorno mixto ansioso depresivo; éstos se encuentran en el rango de 1 a 22 años de edad, son de sexo femenino y masculino.

La investigación no realiza experimentos, ni intervenciones directas o indirectas en el paciente, por lo cual no se requiere el consentimiento del mismo. Se clasifica de acuerdo a la Ley General de Salud para investigación en seres humanos, como investigación sin riesgo, debido a que sólo se revisarán la base de datos del servicio y expedientes de los pacientes.

Se realizará el vaciado de datos en una hoja de EXCEL, para luego aplicar estadística descriptiva utilizando frecuencias simples y porcentajes de las variables de estudio.

Se analizará la metodología mediante la cual se realiza el diagnóstico a los pacientes en el Servicio de Paidopsiquiatría, en el área de Consulta Externa, comparándola con la metodología utilizada en los estudios epidemiológicos realizados en otras zonas del país y extranjeros.

Como referencias bibliográficas utilizaré artículos médicos y libros, referentes al tema.

### **Infraestructura:**

La investigación se realizará en el área de investigación de la UMAE H. Pediatría CMNO, utilizando la

base de datos de la consulta externa, los expedientes de los pacientes incluidos en el estudio, una computadora, los programas WORD y EXCEL de Windows 1997-2003, además de libros y artículos médicos especializados y actuales.

### **Experiencia del grupo:**

Tesista: Médico Psiquiatra, ha realizado una tesis para obtener el grado de Psiquiatra.

Tutor: Médico general, especialista en Paidopsiquiatría, Jefe del Servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría CMNO, ha participado como tutor de varias tesis de la especialidad de Psiquiatría y Pediatría.

Asesor metodológico: Psicóloga. Investigadora A IMSS. Adscrita a la Unidad de Investigación Médica UMAE H. Pediatría CMNO IMSS. Realiza investigaciones en Psicología.

## **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos de ansiedad representan una de las psicopatologías más comunes entre niños y adolescentes, pero frecuentemente no se detectan, ni se tratan. La identificación temprana de estos trastornos puede reducir en forma efectiva el impacto de ansiedad en el funcionamiento social y académico de los jóvenes y la persistencia de ansiedad en la edad adulta. El tratamiento actual, que basado en la evidencia ha llegado a proporcionar mejoría a estos pacientes, son la psicoterapia y el tratamiento farmacológico. (1)

## **MARCO TEÓRICO**

Definición: El miedo y la angustia son normales y comunes durante el desarrollo. El miedo tiene una función adaptativa para el individuo, ya que le pone en estado de alerta ante los males potenciales. La ansiedad se presenta ante estímulos que se perciben como peligrosos o por vivencias internas como recuerdos, emociones e imágenes. Se manifiesta en 4 grupos de síntomas; neurovegetativos, cognoscitivos, emocionales y conductuales. Los síntomas manifiestos son generalmente la respiración anhelante, taquicardia, dolor torácico, dolor abdominal, pánico a perder el juicio o volverse loco y en

pensamientos e imágenes que se repiten en la conciencia de forma imperativa, una y otra vez, sin que se puedan evitar. (2)

Desde la psicopatología existen 3 tipos de ansiedad. La que se presenta como respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida o la "normal", la que se presenta como síntoma de diferentes enfermedades médicas y psiquiátricas (hipotiroidismo, trastorno bipolar, etc.) y la ansiedad como entidad específica, que abarca los trastornos de ansiedad. (2)

La ansiedad patológica surge sin que exista un peligro o si está presente un peligro, esta es desproporcionada en intensidad y duración. Comúnmente se presentan molestias somáticas como cefalea y dolor abdominal, además de llanto, irritabilidad y los episodios de ira, que pueden ser malentendidos como oposicionismo o desobediencia, cuando en realidad representan la expresión de miedo o el esfuerzo de evadir estímulos que le provocan ansiedad al niño. Las características de la ansiedad dependen de las características personales del individuo, su experiencia de vida, la educación y el ambiente en el que vive. La capacidad intelectual modula la percepción que el sujeto tiene de la vida y la interpretación que hace de los acontecimientos. Las emociones y la memoria aportan el contenido afectivo de la experiencia y las características temperamentales y la educación influyen en cómo la ansiedad se manifiesta en el comportamiento. (2)

Las manifestaciones clínicas varían con la edad, la etapa del desarrollo cognoscitivo y emocional en el que se encuentre el individuo. En niños pequeños se manifiesta con trastornos del sueño, pérdida del apetito y llanto inmotivado. En la edad preescolar, al presentarse el lenguaje y la capacidad para expresar las emociones y sentimientos, se añade la expresión verbal de la angustia, los miedos y temores. En la edad escolar son típicos los síntomas como la dificultad para prestar atención y concentrarse, problemas de memoria y lentitud del pensamiento. En la adolescencia se presentan síntomas como desratización, despersonalización, temor y aprensión intensos ante acontecimientos que aún no han sucedido y sin fundamento. (2)

Existe una vertiente motriz de las manifestaciones de la ansiedad en la que se presentan inquietud, desasosiego, temblor e imposibilidad de permanecer sentado, también puede aparecer inhibición motriz, además de modificaciones en el electroencefalograma. (2)

#### Diagnóstico:

El diagnóstico debe ser definido operativamente, con información suficiente para que sea fiable, basándose en la historia clínica. El diagnóstico específico se determina en el contexto donde se desarrollen los síntomas. El diagnóstico se realiza aplicando los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales DSM-IV-TR y CIE-10. Adicionalmente se practican los instrumentos de diagnóstico como el inventario de miedos para niños y adolescentes o el autoreporte de ansiedad para adolescentes. La imagen por Resonancia Magnética ocasionalmente muestra un incremento en el tamaño de los ventrículos cerebrales, hallazgos normales en el hemisferio derecho, mas no en el izquierdo, sugiriendo que la asimetría cerebral puede ser importante en el desarrollo de los síntomas. Se pueden encontrar reducciones anormales del lóbulo temporal en trastorno de angustia y reducción anormal del hipocampo en el TEPT. (4) La identificación temprana de estos trastornos puede reducir en forma efectiva el impacto de ansiedad en el funcionamiento social y académico de los jóvenes y la persistencia de ansiedad en la edad adulta.(5)

#### Clasificación:

Los trastornos de ansiedad de los niños y adolescentes comprenden el trastorno de ansiedad por separación (TAS), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de pánico (TP), las fobias simples, la fobia social, el trastorno por estrés post traumático (TEPT) y el trastorno obsesivo compulsivo. (2)

En este estudio se incluirán los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico, trastorno por estrés post-traumático, trastorno de ansiedad no especificado y el trastorno mixto ansioso depresivo.

El TAS se clasifica en otros trastornos de la infancia, la niñez o adolescencia, el TAG y el trastorno por ataques de pánico se clasifican en el apartado de trastornos de ansiedad, junto con el TEPT y el TANE. y el TMAD se clasifica en el grupo de trastornos adaptativos en el CIE-10. (2)

**TAS:** Es la angustia intensa que experimenta el paciente cuando tiene que separarse de sus padres o de quien lo cuida. Esta separación la vive como un peligro o amenaza. Intenta evitar a toda costa que suceda la separación y dure mucho cuando es obligado a hacerlo. Es una angustia desproporcionada para su edad y circunstancia. Puede presentarse al acostarse, al ir al colegio, salir con amigos, etc. Es el trastorno de ansiedad que se manifiesta más precoz, es más frecuente en familias sobreprotectoras y afecta al 3 a 5% de los niños y al 2 a 4% de los adolescentes. Afecta a ambos géneros por igual y rara vez se diagnostica su inicio posterior a los 18 años de edad. Son tasas de prevalencia altas y rara vez se diagnostica. (2) **(VER ANEXO 3)**

**TAG:** Se caracteriza por una preocupación exagerada ante la vida en general. El paciente presenta miedos sin base real que afectan varios aspectos de su vida. Presentan síntomas durante los exámenes, las relaciones con amigos y profesores y también sobre sucesos del pasado que analizan una y otra vez y sobre posibles acontecimientos futuros. Se acompaña de un sentimiento general de inseguridad e ineptitud. Su temperamento es tímido e inhibido. (2) Los síntomas más frecuentes son cefaleas, vértigos, náuseas, dolor abdominal, disnea, opresión torácica, incapacidad para tragar por sensación de obstrucción en la garganta o trastornos del sueño, además de un estado permanente de nerviosismo.(6) Es más frecuente en familias de nivel socioeconómico alto y con un nivel de exigencia elevado, pues las expectativas de los padres son excesivas o son los padres quienes sufren de un trastorno de ansiedad. Afecta a 4% de niños y adolescentes, durante la adolescencia es más frecuente en el género femenino. (2) **(VER ANEXO 3)**

**TEPT:** El Trastorno por estrés postraumático es causado por diferentes agentes causales, como la guerra, atentados terroristas, el maltrato y los abusos sexuales, siendo los niños adolescentes los

sujetos más vulnerables. El cuadro clínico se caracteriza por un sentimiento de minusvalía, desamparo e impotencia ante la vida en general y la tendencia de revivir, recordar y experimentar continuamente lo que les sucedió en forma de imágenes, pensamientos, sueños y juegos, causando esto sufrimiento al paciente. En el paciente surgen conductas de evitación con aquello que le recuerde lo sucedido, también presentan falta de interés y respuesta emocional ante el mundo circundante, aplanamiento de respuestas afectivas y aumento del estado de vigilia o alerta, trastornos del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse y síntomas vegetativos como taquicardia, náusea, vómito y mareo, además de que es frecuente que presenten síntomas depresivos, con sentimientos de culpa, llanto y baja autoestima. Se altera la capacidad de iniciativa, la autoestima, las relaciones interpersonales, el rendimiento escolar y laboral y el control de los impulsos. Tienen un carácter errático y emociones inestables. Estos síntomas interfieren y condicionan el desarrollo cognoscitivo, emocional y social del niño y adolescente. (2) **(VER ANEXO 3)**

**TP:** El Trastorno de pánico se caracteriza por la presencia de crisis de angustia o episodios de miedo intenso. Su aparición es recurrente, en ausencia de un peligro real, generalmente aparece sobrepuesto a otro trastorno de ansiedad y los episodios son aislados, a diferencia de los adultos, en el que suele presentarse en forma repetitiva. El cuadro clínico incluye palpitaciones, sudación, despersonalización, desrealización y agorafobia. (2) **(VER ANEXO 3)**

**TANE:** Incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad y estado de ánimo depresivo. (7) **(VER ANEXO 3)**

**TMAD:** El trastorno mixto ansioso-depresivo es aquel que presenta un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente de al menos un mes de duración, acompañado de dificultad de concentración, trastornos del sueño, fatiga, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación de peligro, desesperanza, baja autoestima o sentimientos de inutilidad. Estos síntomas provocan malestar

clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o de otras actividades importantes para el individuo. Los síntomas no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia y además, nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para otro trastorno psiquiátrico. (7) **(VER ANEXO 3)**

#### Epidemiología:

Las cifras de prevalencia para presentar un trastorno psiquiátrico durante la infancia y adolescencia, varían entre 5% a 22%, dependiendo de la metodología, tipo de entrevista, muestras e inclusión del criterio de discapacidad causada por el trastorno presentado.(1) La Encuesta Británica de Salud Mental en niños y Adolescentes de 1999 (Ford, et al. 2003; Meltzer et al, 2000) mostró 9,7% de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes.(8) Puerto Rico (Bird et al, 1988), utilizando el CBCL (Child Behavior Checklist), reportó una prevalencia de 19,8%, que se ajustó al 6.9% al añadir el criterio de discapacidad.(9) En Brazil se encontraron 12,7% de diagnósticos completos y 3,5% subsindromáticos en la región de Taubaté, utilizando la entrevista clínica al niño y a sus padres, además aplicaron los criterios del DSM-IV.(10) En Chile, un estudio de la Cd. de Santiago mostró 15,7% de prevalencia, medida con una entrevista clínica y utilizando criterios de CIE-10, sindromáticos y de discapacidad.(9) En la Cd. de México fue de 39.9% de trastornos psiquiátricos, de los cuales el 25% eran leves, el 50% moderados y el 20% graves.(11)

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad se han estudiado fundamentalmente en el adulto, aún no están establecidas en los niños. Los trastornos de ansiedad presentan tasas de prevalencia en torno al 9-21% de la población de niños y adolescentes, a nivel mundial. El trastorno de ansiedad generalizada afecta al 4% de niños y adolescentes.(12) Las tasas de prevalencia de padecer al menos un trastorno de ansiedad durante la infancia varían entre el 6% y el 20% en Estados Unidos de América, llegando hasta el 31.9% en adolescentes de 13 a 18 años de edad;(13) en el Reino Unido es de 3.77% (8), en España son de 7.7-17.4% en niños y 11.2% en adolescentes(12), en Chile es del

7,4%(9), en Puerto Rico es de 2.9%(9), en Brasil de 5.2%(10), en México es del 4.1% al 14.3%. Es más común en el género femenino. (11)

## **ANTECEDENTES**

La historia de los Trastornos de Ansiedad está relacionada directamente con el concepto clínico de "neurosis", aunque el significado de éste no corresponde al uso que se ha hecho del mismo en los últimos años.(14) Sigmund Freud incluye en sus primeros trabajos, "Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis", en 1892 y 1899, los términos de "neurosis de angustia". Los componentes de esta "neurosis de angustia" pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. Según su descripción, el cuadro clínico consta de los siguientes elementos: a) irritabilidad general; b) expectación ansiosa; c) ansiedad que acecha constantemente; d) crisis rudimentarias de ansiedad; e) despertar nocturno con terror (pavor nocturno); f) vértigo; g) fobias específicas y agorafobia; h) alteraciones digestivas; i) parestesias; j) estados crónicos, como sensación de lasitud permanente. (14) Pierre Janet en 1909 publica "Las neurosis", pensando que se trataba de una enfermedad "fisiológica" y no "anatómica", definiéndola como una alteración de las funciones "superiores", consistentes en "la adaptación de una función determinada a circunstancias más recientes". (14)

Henry Ey las divide en "indiferenciadas", que corresponden al total de las "neurosis de angustia" y "grandemente diferenciadas", en las que se incluyen la "neurosis fóbica" o "histeria de angustia", en la cual la angustia aparece comprometida en un sistema ideoaectivo simbólico; la "neurosis histérica" o "histeria de conversión", en la que la angustia se neutraliza por su enmascaramiento en expresiones psicósomáticas artificiales y la "neurosis obsesiva", donde la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados. (15)

Juan José López-Ibor, en 1966 publicó su libro titulado "Las neurosis como enfermedades del ánimo", confirmando en él que la idea de las "neurosis" tiene como fuente central la angustia. "La angustia normal es la angustia existencial, sólo que esta, habitualmente, no se percibe por el hombre normal".

Para López-Ibor la importancia ansiógena concedida a los objetos, seres o situaciones triviales es lo anormal. Las formas clínicas que describe López-Ibor son las mismas que señala S. Freud. (14)

Se iniciaron investigaciones de corte científico sobre los Trastornos de Ansiedad a partir de la década de 1970, por parte de Beck y cols., encontrando que se trata de un mecanismo de supervivencia alterado, que causa alteraciones cognoscitivas, fisiológicas motivacionales, afectivas y conductuales. Otros investigadores como Everly, en 1989, se enfocaron a investigar la fisiología y los mecanismos neurológicos que se encuentran alterados en estos pacientes, encontrando que existe una hipersensibilidad neurológica, por un proceso facilitador (kindling), con un umbral de activación de los mecanismos de supervivencia disminuido. (16)

Cloninger en 1986 refiere que algunos individuos muestran mayor tendencia a presentar ansiedad en relación con otras. Kendler y cols., en 1987 y Barlow y Cerney, 1988, realizaron varios estudios sobre la vulnerabilidad genética a presentar algún trastorno de ansiedad. Se han hecho estudios sobre vulnerabilidades cognitivas para presentar trastornos de ansiedad en pacientes con otros trastornos afectivos como la depresión por parte de Salkovskis en 1996 y Brown y cols. en 1998. (16)

En la década de 1990 Beck y cols. y Freeman y cols., se dedican a realizar estudios sobre el modelo cognitivo de los trastornos psiquiátricos, enfocándose en los trastornos de ansiedad y los depresivos, acuñando el término de “Modelo cognitivo-conductual-emocional”, refiriéndose a la forma en la que realizan la intervención psicoterapéutica con estos pacientes.(16)

Con la publicación del DSM-IV-TR en 1994, se dan a conocer 13 categorías formales de trastornos de ansiedad: el trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.(17)

Actualmente la mayoría de las investigaciones sobre los trastornos de ansiedad están basados en el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, tanto en adultos como en niños y adolescentes.

En nuestro país, Medina y cols. (2003 – 2007) encontraron que, de los trastornos mentales, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad. La frecuencia de presentación de los trastornos de ansiedad los últimos 5 años en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en la Cd. de México, es la siguiente: trastorno de pánico 0.43%, trastorno de ansiedad generalizada 1.84%, trastorno mixto ansioso-depresivo 1.92% y trastorno de ansiedad no especificado 0.31%.(11)

En la UMAE H. Pediatría CMNO no se han realizado estudios epidemiológicos de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, por lo que no se conoce en qué situación se encuentra el hospital, en relación a lo reportado por otros hospitales del país y del extranjero.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos de ansiedad representan una de las psicopatologías más comunes entre niños y adolescentes, pero frecuentemente no se detectan, ni se tratan. Presentan tasas de prevalencia en torno al 9-21% de la población de niños y adolescentes, a nivel mundial.(12) En nuestro país, Medina y cols. encontró que, de los trastornos mentales, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad. En la población infantil y adolescente en México, es del 4.1% al 14.3%.(11) Se consideran un problema de salud pública dada su alta prevalencia y por ser la principal causa de consulta en los servicios de Salud Mental de éstos grupos etarios, a nivel mundial. En los Estados Unidos de Norteamérica, los trastornos de ansiedad resultan muy frecuentes y se estima que más de un 30% de los costos de salud mental son consumidos por los trastornos de ansiedad. Un 23% del costo total del trastorno es debido al tratamiento y más del 75% se atribuye a la pérdida de productividad. Más de un tercio de los pacientes con trastornos de ansiedad se mantienen pensionados y un poco más del 50% tiene un empleo a tiempo completo. (18) Los trastornos de ansiedad tienden a la cronicidad, afectando al individuo en todas las etapas de la vida. Los pacientes que presentan un trastorno de ansiedad

durante la infancia y adolescencia tienen mayor riesgo de presentar otros trastornos mentales internalizantes (trastorno depresivo y obsesivo compulsivo). (5) Tiene comorbilidad alta con los trastornos depresivos, otros trastornos de ansiedad, de la alimentación, de la personalidad, somatomorfos y por déficit de atención con/sin hiperactividad. (4) Además se relaciona con consecuencias graves como el uso y dependencia de sustancias como el alcohol, la nicotina y otros tóxicos; conductas e intentos suicidas. También se ha descrito que estos trastornos tienen una fuerte implicación en la vida académica causando una disminución en el aprovechamiento y el abandono escolar. Se ha encontrado que los adolescentes con estos trastornos que no han sido tratados, tienen una alta probabilidad de presentar paternidad temprana. La identificación temprana de estos trastornos puede reducir en forma efectiva el impacto de ansiedad en el funcionamiento social y académico de los jóvenes y la persistencia de ansiedad en la edad adulta.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la frecuencia de diagnóstico de trastornos de ansiedad en la población atendida en el año 2010 de la consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría?

### **JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios especializados de Psiquiatría y Psicología infantil. Los trastornos de ansiedad presentan tasas de prevalencia en torno al 9-21% de la población de niños y adolescentes, a nivel mundial, en México se estima que es del 4.1% al 14.3%. En la población de niños y adolescentes atendida en la consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría no se conoce la frecuencia de diagnóstico de los trastornos de ansiedad.

Es necesario saber la frecuencia de diagnóstico de los trastornos de ansiedad y de los trastornos psiquiátricos en general, para poder planear la organización del funcionamiento del servicio de consulta externa del departamento de Paidopsiquiatría para que la atención sea adecuada, integral y se obtengan

mejores resultados en el diagnóstico, psicoeducación, tratamiento y pronóstico de los pacientes. Desde la fundación del servicio de Salud Mental no se han realizado investigaciones epidemiológicas.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Determinar la frecuencia de diagnóstico de trastornos de ansiedad en la población atendida en la consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría C.M.N.O.

### **Objetivos específicos:**

- Clasificar los tipos de trastornos de ansiedad de acuerdo al diagnóstico registrado en la base de datos del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría CMNO IMSS.
- Establecer la tasa de diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad.
- Comparar las tasas obtenidas con lo reportado en la literatura en otros hospitales del país y del extranjero

## **MATERIAL Y MÉTODO:**

### **Tipo de estudio:**

Es un estudio descriptivo y retrospectivo de los trastornos ya mencionados. Se comparará con las tasas de prevalencia y la metodología de estudios realizados en otras entidades del país y extranjeras.

### **Universo de trabajo:**

En total son 2496 expedientes de pacientes vistos en la consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría CMNO, se incluyeron 316 expedientes de pacientes, a los cuales se les realizó uno de los siguientes diagnósticos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad no especificado y el trastorno mixto ansioso depresivo; éstos se encuentran en el rango de 1 a 22 años de edad, son de sexo femenino y masculino.

### **Tamaño de la muestra:**

Muestreo por conveniencia.

**Criterios de selección:**

Todos los expedientes de los pacientes vistos en la consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría CMNO, diagnosticados con algún trastorno de ansiedad.

**Criterios de inclusión:**

Se incluyeron a todos los expedientes de los pacientes diagnosticados con algún trastorno de Ansiedad, vistos en la consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría.

**Desarrollo del estudio:**

Se obtendrá la información de la base de datos del servicio y de los expedientes de los pacientes, se colocará en una base de datos de EXCEL Windows 1997-2003. Se harán los cálculos y se obtendrán las tasas de frecuencia de diagnóstico de cada Trastorno de Ansiedad incluido en el estudio y luego se compararán con las tasas de prevalencia nacionales e internacionales obtenidas de la bibliografía.

**VARIABLES:**

Diagnóstico de trastorno de ansiedad, edad, género.

**Análisis estadístico:**

Los resultados del estudio se analizarán mediante una base de datos con el paquete estadístico SPSS v10 para Windows. Las variables cualitativas se expresarán mediante porcentajes y tablas de frecuencias.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA FECHA DE NACIMIENTO	CUALITATIVA NOMINAL	FRECUENCIAS Y PROPORCIONES
SEXO	CONDICIÓN ORGÁNICA QUE DISTINGUE AL MACHO DE LA HEMBRA EN LOS SERES HUMANOS	CUALITATIVO NOMINAL	FRECUENCIAS Y PROPORCIONES
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	SEGÚN CRITERIOS DEL DSM-IV-TR	CUALITATIVA	FRECUENCIAS Y PROPORCIONES

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo del presente trabajo de investigación, atiende a los aspectos éticos que garantizan la dignidad y bienestar del sujeto a investigación, ya que no conlleva riesgo alguno para el paciente de acuerdo al reglamento de la ley general en salud en materia de investigación para la salud, en el artículo 17 de éste mismo título, es considerado UNA INVESTIGACION SIN RIESGO (Categoría 1), es decir investigación sin riesgo para el paciente dado que solo se documentan los datos registrados en la base de datos del servicio y del expediente; es de corte retrospectivo ya que no se realizó ninguna intervención. Sin embargo, siempre se resguardo la confidencialidad de la información. Por otra parte los procedimientos propuestos en la presente investigación, están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1875 enmendadas en 1989 y con los códigos y normas internacionales vigentes de las

buenas prácticas de la investigación. El protocolo de investigación será sometido y registrado en el comité de ética de la UMAE Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS.

## **RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:**

### **RECURSOS HUMANOS**

1 Investigador principal.

2 Asesores: uno clínico y otro metodológico.

### **RECURSOS MATERIALES**

La investigación se realizará en área de investigación de la UMAE H. Pediatría CMNO, utilizando la base de datos de la consulta externa, una computadora, los programas WORD y EXCEL de Windows 1997-2003, además de libros y artículos médicos especializados y actuales.

### **FINANCIAMIENTO**

No requiere financiamiento.

### **EXPERIENCIA DEL GRUPO:**

Tesista: Médico Psiquiatra, ha realizado una tesis para obtener el grado de Psiquiatra general.

Tutor: Médico general, Jefe del Servicio de Paidopsiquiatría de la UMAE H. Pediatría CMNO, ha participado como tutor de varias tesis de la especialidad de Psiquiatría y Pediatría.

Asesor metodológico: Psicóloga, con doctorado en Psicología. Investigadora A IMSS. Adscrita a la Unidad de Investigación Médica UMAE H. Pediatría CMNO IMSS. Realiza investigaciones en Psicología.

### **RESULTADOS**

Del total de 2196 pacientes incluidos en el estudio de Enero 2010 a Diciembre 2010, 59.61% son del género masculino y 40.38% del género femenino. El 12.94% presentaron algún trastorno de ansiedad, de los cuales el 39.31% del género masculino y 60.68% del femenino. De éstos pacientes, el 3.4% se encuentran en el grupo de edad de 1 a 4 años; 25.38%, 5 a 9 años; 52.63%, 10 a 14 años; 17.62% 15 a

19 años; 0.619% 20 a 22 años. En cuanto al tipo de consulta, 56.34% acudieron a consulta de primera vez y 43.65% a cita subsecuente. Del total de pacientes con algún trastorno de ansiedad diagnosticado, el 0.04% presentaron F41.0 (Trastorno de pánico), se trató de un paciente masculino de 10 años de edad; 11.15%, F41.1 (Trastorno de ansiedad generalizada), 32.43% del género masculino, 67.56%, femenino; 39%, F41.2 (Trastorno mixto de ansiedad y depresión), 32.53%, masculino, 67.46%, femenino; 47.05%, F41.9 (Otros trastornos de ansiedad mixtos), 46.05%, masculino, 53.94%, femenino; 2.16%, F43.1 (Trastorno por estrés post-traumático) 42.85%, masculino, 57.14%, femenino.

## **DISCUSIÓN**

Para realizar el diagnóstico en los pacientes estudiados se utilizaron la entrevista psiquiátrica y los criterios de DSM-IV y CIE-10. En investigaciones nacionales, en Europa, EUA y Latinoamérica, se utilizaron criterios de CIE-10 y diversas encuestas para síntomas psiquiátricos en general y para síntomas de trastornos de ansiedad como el CBCL. Estas investigaciones incluyeron pacientes de hasta 21 años, en esta investigación se incluyeron hasta los 22 años de edad. En la población estudiada, los trastornos de ansiedad en general se presentaron con la misma frecuencia de diagnóstico que en los estudios realizados a nivel mundial, tanto en edad, como en género. Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en general en el país son similares, pero por cada trastorno de ansiedad, son mucho menores que las frecuencia de diagnóstico encontradas en este estudio. El trastorno de ansiedad más frecuente es el F41.9 (Otros trastornos de ansiedad mixtos), seguido de F41.2 (Trastorno mixto de ansiedad y depresión) y F41.1 (Trastorno de ansiedad generalizada). El que tiene tasas más elevadas en otras investigaciones es el Trastorno de ansiedad generalizada, siendo el menos diagnosticado el F41.9 (otros trastornos de ansiedad mixtos). Otra diferencia encontrada es que en la Cd. de México, los trastornos más frecuentes son los Trastornos de ansiedad; este estudio el trastorno con mayor frecuencia de diagnóstico es el TDAH (Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad), en segundo lugar encontramos los Trastornos de ansiedad.

Las diferencias encontradas en las frecuencias de diagnóstico de esta investigación y las tasas de prevalencia nacionales radican en que los pacientes incluidos en este estudio son de consulta de primera vez y subsecuente, por lo que probablemente varios de los pacientes de primera vez sean también pacientes subsecuentes con el mismo diagnóstico. El diagnóstico se realizó con diferentes instrumentos en las 2 investigaciones realizadas en la Cd. de México y la nuestra, además de que en la nuestra no se tuvo contacto con el paciente personalmente al realizarse el diagnóstico.

Sugiero que se realice una investigación incluyendo únicamente pacientes que acudan a consulta de primera vez, siendo los investigadores los que realicen el diagnóstico, incluyendo instrumentos validados en la población mexicana y no sólo con los utilizados en este estudio. Además de que es importante también que se mensione la gravedad del trastorno.

## **CONCLUSIÓN**

Por medio de esta investigación podemos concluir que los Trastornos de Ansiedad son los que se encuentran en segundo lugar de frecuencia de diagnóstico en el servicio de Salud Mental de la UMAE H Pediatría CMNO. Los pacientes incluidos, que en su mayoría son de 10 a 14 años de edad, son capaces de verbalizar sus síntomas adecuadamente, pero no se lleva a cabo una tipificación del cuadro psicopatológico de la ansiedad. Al ser el diagnóstico más frecuente F41.9 (Otros trastornos de ansiedad mixtos), se deduce que el trastorno de ansiedad es un diagnóstico secundario, no se busca como diagnóstico primario intencionadamente. Las frecuencias de diagnóstico son similares a las encontradas en nuestro país y en el resto del mundo. Se trata de patologías crónicas, incapacitantes y que causan altos costos al sistema de salud si no son diagnosticadas y tratadas adecuadamente. Es por esto que el diagnóstico debe realizarse con instrumentos estandarizados que midan también la intensidad de los síntomas y que puedan discernir entre ansiedad del desarrollo (no patológica) y patológica, para tener un mejor diagnóstico integral del paciente, ya que en los niños con trastornos de ansiedad, el tratamiento siempre debe ser multimodal.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; PRACTICE PARAMETER FOR THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ANXIETY DISORDERS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 46: 267-83.
2. Soutullo, C.; Mardomingo MJ et al. TRASTORNOS DE ANSIEDAD En: MANUAL DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE; Ed. PANAMERICANA; MADRID; 2010; 95-110.
3. Weems, PhD., Costa, MS; DEVELOPMENTAL DIFFERENCES IIN THE EXPRESSION OF CHILDHOOD ANXIETY SYMPTOMS AND FEARS; *J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY*. 2005; 44: 656-63.
4. Martinez A. Fernandez C. Navarro I. Martinez M. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NINOS Y ADOLESCENTES. En: GUÍAS CLÍNICAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”. Primera Ed. México. Secretaría de Salud; 2010: 113-49.
5. Woodward L. Fergusson D. LIFE COURSE OUTCOMES OF YOUNG PEOPLE WITH ANXIETY DISORDERS IN ADOLESCENCE. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2001; 40:1086-93.
6. Ginsburg P. SOMATIC SYMPTOMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ANXIETY DISORDER. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 1179-87.
7. Garcia P. Margaritos M. TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS En: CLASIFICACION MULTIAXIAL DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN NINOS Y ADOLESCENTES: CLASIFICACION DE LA CIE-10 DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN NINOS Y ADOLESCENTES. Primera Ed. Espana. Editorial Medica Panamericana; 2007: 86-120.

8. Ford MRC. et al. THE BRITISH CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH SURVEY 1999: THE PREVALENCE OF DSM-IV DISORDERS. J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY. 2003; 42: 1203-11.
9. Flora de la Barra M. et al. EPIDEMIOLOGÍA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ESTUDIOS DE PREVALENCIA. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT. 2009; 47:303-14.
10. Fleitlich-Bilyk. Goodman G. PREVALENCE OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC DISORDERS IN SOUTHEAST BRAZIL. J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY. 2004; 43: 727-34.
11. Medina Mora ME. et al. PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y USO DE SERVICIOS: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO. Salud Mental. 2003; 26(4):6-10.
12. Aláez Fernández M. Martínez Arias, R. Rodríguez Sutil C. PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GÉNERO; PSICOTHEMA, UNIVERSIDAD DE OVIEDO, ESPAÑA. 2000; 12: 525-32.
13. Merikangas P. et al; LIFETIME PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN U.S. ADOLESCENTS: RESULTS FROM THE NATIONAL COMORBIDITY SURVEY REPLICATION- ADOLESCENT SUPPLEMENT (NCS-A). J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY. 2010; 49: 980-89.
14. Ojeda C. HISTORIA Y REDESCRIPCIÓN DE LA ANGUSTIA CLÍNICA. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2003; 41: 95-102.
15. Ey, H. TRATADO DE PSIQUIATRÍA. 2a Edición. Barcelona: Toray-Masson, 1969.
16. J Stein D. Hollander E. TRATADO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD; FASCICULO

I; Barcelona. *Ars Medica*. 2006; 3: 85-96.

17. American Psychiatric Association. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. IV Edition (DSM-IV). Washington DC. American Psychiatric Press. 1994.
18. Lepine JP. THE EPIDEMIOLOGY OF ANXIETY DISORDER: PREVALENCE AND SOCIETAL COSTS. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(supl) 14:4-8

## ANEXO 1

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2011 – 2012

ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
<b>Busqueda de Informacion</b>	X	X			
<b>Elaboracion del proyecto</b>			X	X	
<b>Revisión y presentación en comité</b>					X
<b>Recolección de la información</b>					X
<b>Análisis de resultados</b>					X
<b>Redacción del articulo</b>					X

**ANEXO 2**

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRÍA**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** M ( ) F ( )

**GRUPO DE EDAD:**

1 a 4 años ( )

5 a 9 años ( )

10 a 14 años ( )

15 a 19 años ( )

20 a 22 años ( )

**DIAGNÓSTICO:**

TAS ( )

TAG ( )

TANE ( )

TEPT ( )

TMAD ( )

TP ( )

# ANEXO 3

<b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</b>		
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO (INCLUYE EL TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA INFANTIL)</b>		
<p><b>A.</b> Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprehensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.</p> <p><b>B.</b> Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p> <p><b>C.</b> La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:</p>		
1. Inquietud o impaciencia.	SI	NO
2. Fatigabilidad fácil.	SI	NO
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.	SI	NO
4. Irritabilidad.	SI	NO
5. Tensión muscular.	SI	NO
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).	SI	NO

### F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico (v. pág. 868 para los criterios de investigación que se sugieren).
2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p. e.), enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
3. Situaciones en las que la alteración es lo suficientemente grave como para requerir un diagnóstico de trastorno de ansiedad, aunque el individuo no presenta el suficiente número de síntomas para cumplir todos los criterios de un trastorno de ansiedad específico; por ejemplo, una persona que presenta todos los rasgos del trastorno de angustia sin agorafobia a excepción de que todas las crisis de angustia son crisis de la sintomatología limitada.
4. Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA NIÑEZ

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 esta vinculado, puesto de manifiesto por 3 (o más) de las siguientes circunstancias:	SI	NO
1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.	SI	NO
2. Preocupación excesiva y persistente de la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que estas sufran un posible daño.	SI	NO
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso de lugar a la separación de una figura vinculada importante p.ej., extraviarse o ser secuestrado.	SI	NO
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.	SI	NO
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.	SI	NO
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.	SI	NO
7. Pesadillas repetidas con tematica de separación.	SI	NO
B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.	SI	NO
C. El inicio se produce antes de los 18 años.	SI	NO

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

CIE-10		
Una persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):		
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.	SI	NO
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.	SI	NO
B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de 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.	SI	NO
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.	SI	NO
3. El individuo actúa 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 reescenificar el acontecimiento traumático específico.	SI	NO
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.	SI	NO

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.	SI	NO
<b>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</b>		
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.	SI	NO
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.	SI	NO
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.	SI	NO
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.	SI	NO
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.	SI	NO
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).	SI	NO
7. Sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).	SI	NO
<b>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</b>		
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.	SI	NO
2. Irritabilidad o ataques de ira.	SI	NO
3. Dificultades para concentrarse.	SI	NO
4. Hipervigilancia	SI	NO
5. Respuestas exageradas de sobresalto	SI	NO

■ **Criterios de investigación para el trastorno mixto ansioso-depresivo**

- A. Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes
- B. El estado de ánimo disfórico se acompaña al menos durante 1 mes de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:
  - (1) dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco
  - (2) trastornos del sueño (dificultades para iniciar o mantener el sueño, o sensación de insatisfacción al despertarse o de no haber descansado bien)
  - (3) fatiga o falta de energía
  - (4) irritabilidad
  - (5) preocupaciones
  - (6) llanto fácil
  - (7) hipervigilancia
  - (8) anticipación del peligro
  - (9) desesperanza (permanente pesimismo ante el futuro)
  - (10) baja autoestima o sentimientos de inutilidad
- C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) o de una enfermedad médica.
- E. Se cumplen las tres condiciones siguientes:
  - (1) nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada
  - (2) en el momento actual no se cumplen los criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (aunque se encuentren en remisión parcial)
  - (3) los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### CRISIS DE ANGUSTIA (ATAQUES DE PÁNICO)

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 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.	SI	NO
2. Sudoración.	SI	NO
3. Temblores o sacudidas.	SI	NO
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.	SI	NO
5. Sensación de atragantarse.	SI	NO
6. Opresión o malestar torácico.	SI	NO
7. Náuseas o molestias abdominales.	SI	NO
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.	SI	NO
despersonalización (estar separado de uno mismo).	SI	NO
10. Miedo a perder el control o volverse loco.	SI	NO
11. Miedo a morir.	SI	NO
hormigueo).	SI	NO
13. Escalofríos o sofocaciones.	SI	NO