

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS VICERRECTORÍA ACADÉMICA.**

CARRERA DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

**ABORDAJE DE LAS CRISIS DE ANSIEDAD EN
POBLACIONES PEDIÁTRICAS EN LOS SERVICIOS DE
EMERGENCIA DEL 2017 AL 2022.**

**MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y
CIRUGÍA**

DAVID JOHN ALFARO FIGUEROA

DR. ESTEBAN JOSÉ ROSALES MONTERO

SEDE ARANJUEZ

SAN JOSÉ, AGOSTO, 2022.

Tabla de Contenido

Lista de Abreviaturas	6
Índice de tablas.	7
Dedicatoria	9
Agradecimiento.....	10
Resumen.	11
Abstract.	11
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	12
Planteamiento del problema.	15
Objetivos.....	18
Objetivo general.	18
Objetivos específicos.....	18
Justificación.....	19
Antecedentes.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	21
Epidemiología.....	26
Etiología.....	27
Causas médicas que pueden generar una crisis de ansiedad.	32
Síntomas de una crisis de ansiedad.....	33
Clasificación.	34
Trastorno de ansiedad por separación.	35
Mutismo selectivo.....	37
Fobia específica.	39
Etiología de las fobias	40
Trastorno de pánico.....	41

Agorafobia	43
Tratamiento de la agorafobia	45
Complicaciones de la agorafobia.	45
Trastorno de rivalidad entre hermanos.	46
Trastorno de ansiedad generalizada.	48
Diagnostico.....	51
Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad generalizada.	52
- Trastornos de naturaleza orgánica:.....	52
- Trastornos psicósomáticos:.....	52
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):	54
- Trastornos psicóticos:	57
Comorbilidades de las crisis de ansiedad.....	59
Tratamiento.	59
Terapia cognitivo-conductual (TCC).	60
Tratamiento farmacológico.....	60
Efectos adversos.....	61
Complicaciones de las crisis de ansiedad.	64
Consecuencias físicas provocadas por la ansiedad.....	64
Consecuencias psicológicas de la ansiedad.	65
Trastornos alimenticios.....	65
Crisis de ansiedad en tiempos de COVID.	71
Trastorno por Estrés Postraumático provocado por la pandemia.....	74
Ansiedad y depresión en tiempos de COVID.	75
Pruebas para la detección del virus SARS-CoV-2 en menores de edad.....	76

Posibles complicaciones que pueden presentar los niños en un servicio de emergencias:	77
Epidemiología de las infecciones nosocomiales:	79
Clasificación:	79
Factores asociados a las infecciones nosocomiales:	80
Prevención de las infecciones hospitalarias.	81
Uso de terapias alternativas:	81
- Psicoterapia	82
- Musicoterapia	82
- Ejercicio Físico	85
Diseño y estructura del área de atención para niños con crisis de ansiedad.	86
Psicología ambiental.	86
Uso de colores específicos.....	87
Tonalidad.....	87
Uso del color en un entorno o área interior en los espacios terapéuticos.	89
Percepción de la iluminación y su influencia en el estado emocional de las personas.	90
Recomendaciones para un adecuado abordaje de las crisis de ansiedad en los pacientes pediátricos.	91
Pilar #1. Los profesionales de la salud.	92
Pilar #2. Instalaciones e inmobiliario en el centro salud.	93
Pilar #3. Compromiso familiar.....	94
Propuesta de evaluación del paciente pediátrico con crisis de ansiedad en urgencias.	95
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	98

Enfoque de la investigación.....	100
Diseño de investigación.....	100
Muestreo cualitativo.....	101
Criterios de inclusión y Exclusión	101
Criterios de Inclusión.....	101
Criterios de Exclusión.....	101
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	102
Anexo.....	102
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	128
Conclusiones.....	128
Recomendaciones.....	129
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130

Lista de Abreviaturas.

DSM-V	Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 5 edición.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
OMS	Organización mundial de la salud
TP	Trastorno de Pánico
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
TDAH	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TCC	Terapia cognitivo-conductual
ISRS	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
IRSN	inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina
FDA	Administración de alimentos y medicamentos
SARS CoV2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus</i>
CDC	Centro para el Control de Enfermedades
NNIS	National Nosocomial Infection Surveillance
WFMT	World Federation of Music therapy
SNA	Sistema nervioso autónomo

Índice de tablas.

1. (Tabla #1) Factores de Riesgo.	-----	Página 24
2. (Tabla #2) Síntomas de las crisis de ansiedad.	-----	Página 33
3. (Tabla #3) Manifestaciones clínicas por sistemas.	-----	Página 33
4. (Tabla #4) Manifestaciones somáticas, físicas u objetivas.	-----	Página 33
5. (Tabla #5) Clasificación trastornos de ansiedad DSM V.	-----	Página 34
6. (Tabla #6) Clasificación trastornos de ansiedad CIE-10	-----	Página 35
7. (Tabla #7) Criterios diagnósticos DSM-V para la ansiedad por separación.	-----	Página 37
8. (Tabla #8) Miedos y fobias según la edad.	-----	Página 40
9. (Tabla #9) Factores etiológicos de los miedos y las fobias.	-----	Página 41
10. (Tabla #10) Síntomas de los miedos y las fobias.	-----	Página 41
11. (Tabla #11) Los síntomas de agorafobia	-----	Página 43
12. (Tabla #12) Tipos de miedos agorafóbicos.	-----	Página 44
13. (Tabla #13) Variables que afectan la relación de hermanos.	-----	Página 47

14. **(Tabla #14)** Cómo disminuir la rivalidad entre hermanos. ----- Página 47
15. **(Tabla #15)** Comorbilidades más frecuentes que va a aparecer en los trastornos psiquiátricos. ----- Página 59
16. **(Tabla #16)** Los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS) cuya eficacia ha sido demostrada superior al placebo. ----- Página 60
17. **(Tabla #17)** Actividad física que podría ayudar a disminuir las crisis de ansiedad. ----- Página 85
18. **(Tabla #18)** Características de los colores y su uso. ----- Página 88
19. **(Tabla #19)** Diferentes efectos de los colores en los artículos de decoración. ----- Página 89
20. **(Tabla #20)** Fármacos utilizados en los servicios de emergencia para contener una crisis de ansiedad en un menor de edad combativo. ----- Página 97

Resumen.

Las crisis de ansiedad en niños constituyen uno de los trastornos mentales más frecuentes y se asocian con las actividades académicas y sociales rutinarias. La identificación de dichas crisis representa un reto para el personal de salud, puesto que en muchas ocasiones el motivo de consulta resulta ser una queja somática. En el caso de los niños debemos estar atentos a los múltiples gatillos o detonantes que pueden generar una crisis de ansiedad; existen condiciones como mutismo selectivo, algunos tipos de fobias, trastorno de pánico, trastornos de ansiedad social o de ansiedad generalizada pueden provocar una crisis ansiosa en los menores de edad.

El diagnóstico de manera temprana, mediante la intervención temprana de la historia clínica, con la finalidad de que el tratamiento sea el adecuado y permita reducir el impacto de la crisis de ansiedad, en la salud del menor que se encuentra en un servicio de emergencias. Al tener los datos y el diagnóstico definitivo, va a permitir que el tratamiento que va a recibir el niño sea efectivo y esto va a verse beneficiado en que va a disminuir la estancia en los servicios de emergencia del paciente en el centro de salud.

Abstract.

Anxiety crises in children constitute one of the most frequent mental disorders and are associated with routine academic and social activities. The identification of these crises represents a challenge for health personnel, since on many occasions the reason for consultation turns out to be a somatic complaint. In the case of children, we must be attentive to the multiple triggers or triggers that can generate an anxiety crisis; there are conditions such as selective mutism, some types of phobias, panic disorder, social anxiety disorders or generalized anxiety that can cause an anxiety crisis in minors.

The diagnosis early, through early intervention of the clinical history, in order that the treatment is adequate and allows reducing the impact of the anxiety crisis on the health of the minor who is found in an emergency service. By having the data and the definitive diagnosis, it will allow the treatment that the child will receive to be effective and this will benefit in that the stay in the emergency services of the patient in the health center will be reduced.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La investigación va a tratar de ayudar a buscar, definir o simplificar el manejo farmacológico y terapéutico, que va a recibir un menor de edad con un cuadro de crisis de ansiedad en un servicio de emergencias; el estudio busca recabar datos e informaciones que ya han sido descritas mediante artículos de investigación, libros de psiquiatría y en revistas médicas, que contengan diferentes estudios sobre la patología antes descrita.

El abordaje terapéutico que se usa actualmente para el abordaje de las crisis de ansiedad en niños en los diferentes servicios de emergencia a nivel mundial es simple y a la vez un poco obsoleto, porque no está adecuado a las diferentes poblaciones; es por esto por lo que la investigación busca simplificar el abordaje mediante la creación de un protocolo detallado y específico a la hora atender a las poblaciones pediátricas que presenten este padecimiento.

La elección de la población que se va a estudiar va a ser los niños menores de edad que se encuentran en período escolar, hasta la etapa de adolescencia, tomando en cuenta que en los servicios hospitalarios de salud de Costa Rica el rango de edad a nivel hospitalario es hasta los catorce años de edad; es decir que para detallar mejor la investigación la población que se va analizar llega hasta los catorce años de edad.

Por tanto, este tipo de poblaciones van a acudir a los servicios de salud de emergencia de los diferentes hospitales nacionales con el fin de encontrar una solución a este sentimiento de ansiedad, ya que ellos son la población más susceptible y que al momento de consultar por esta patología se sienten frustrados por no saber que les pasa y que muchas veces han sido ignorados hasta por su mismo círculo familiar.

Es por eso por lo que la investigación va a tratar de buscar un abordaje que sea adecuado para los menores de edad que van a presentar una crisis de ansiedad, esto mediante al análisis de los diferentes estudios, artículos científicos y de las investigaciones que ya han sido redactadas, con la única intención de que al final se pueda obtener el diagnóstico rápido y así poder dar el manejo terapéutico acorde a la situación.

Gracias a esta investigación, el objetivo es reducir el tiempo de la estancia hospitalaria del menor de edad y esto le va a permitir a los profesionales de la salud darle una mejor atención a este tipo de población, ya que van a obtener un tratamiento farmacológico y un abordaje terapéutico adecuado para la crisis de ansiedad por la cual acudieron a buscar ayuda mediante la consulta en un servicio de urgencias de un hospital nacional.

La búsqueda de un método de abordaje que sea rápido, puntual y eficaz para tratar este tipo de problemas, tiene que ir de la mano con la empatía del personal de salud, ya que los tiempos han cambiado y estas personas son más susceptibles a presentar crisis de ansiedad, por la limitante que la sociedad y el marcaje que el entorno familiar le da a un niño con una manifestación psiquiátrica en la comunidad.

Socialmente existe un tema tabú en la que las crisis de ansiedad van a estar encerradas en un grupo de situaciones que hacen pensar a los que están alrededor de la persona; que el paciente está fingiendo o que está tratando de llamar la atención de sus familiares, con el fin de obtener algún beneficio. Esto se debe al desconocimiento de la teoría ya descrita con base en la sintomatología que presenta el menor en una crisis de ansiedad.

La finalidad de esta investigación es la búsqueda de una mejor atención de los menores de edad, mediante un protocolo de atención y la búsqueda del reforzamiento o la readecuación de la infraestructura de los servicios de emergencia, en la cual se cuente con un área específica para atender a los menores de edad, para que estos queden aislados de las diferentes situaciones que se observan todos los días en los servicios de emergencia.

Un abordaje adecuado a la situación, junto con un área adecuada van a permitir que los menores de edad sean tratados de una manera más efectiva, ya que va ser de mucha ayuda porque el menor no estaría expuesto a situaciones estresantes como las que se pueden ver en los servicios de emergencia de los hospitales, dado que esta exposición puede empeorar la condición por la cual llegaron a buscar ayuda en un centro de salud.

La contribución final y esperada es que, con el uso de esta investigación, se utilizada en algún momento por las autoridades responsables y competentes de los sistemas de salud nacionales. Pueden utilizar este estudio para reforzar y readecuar la manera en la que se le

brinda atención a este tipo de patologías que se presentan en los menores de edad, que van a consultar en los servicios de emergencia.

Es importante que exista un compromiso de las autoridades en la reestructuración o en tratar de adecuar un área de los servicios de emergencia, para que se le dé el debido abordaje a este tipo de población y así puedan contar con una debida privacidad, sin sentir esa impresión de que están siendo juzgados o intimidados por los otros pacientes que se encuentran a la espera de un tratamiento, mientras están presentando una crisis de ansiedad.

El establecimiento de un área específica y acorde para abordar esta patología en el salón de emergencias va a ayudar a mejorar de manera sustancial la presentación clínica de la crisis de ansiedad, esto porque, el menor va a sentirse reconfortado y a gusto en el área donde se le va brindar atención y esto puede ir disminuyendo o mejorando el cuadro sintomático que se presenta en esta patología.

Para el personal de salud va a ser de gran ayuda contar con un lugar adecuado ya la vez que se encuentren aislados de los otros pacientes, esto para darle el debido abordaje a los menores de edad durante la presentación de una crisis de ansiedad. Ya que va a ser mejor estar lejos del resto de pacientes que se encuentran en urgencias a la espera de un tratamiento para la patología que los hizo consultar.

El establecimiento de salud con áreas determinadas para los diferentes tipos de pacientes es una prioridad en los sistemas de salud actuales. Es bien conocido que en los servicios de salud acuden desde personas con problemas de alcoholismo, pacientes con toxicomanías, pacientes adultos mayores, pacientes politraumatizados, hasta pacientes adultos con crisis de ansiedad más abruptas en comparación a un menor de edad; es por eso por lo que se necesita un área adecuada para el tratamiento de los menores de edad.

Planteamiento del problema.

La investigación actual es sobre el abordaje o manejo que se le da en los servicios de urgencias a los pacientes menores de edad que van a presentar una crisis de ansiedad; que van a ser trasladados por sus familiares a consultar a un servicio de urgencias, por presentar un grupo de manifestaciones somáticas, que tanto para los acompañantes y para los menores de edad van a ser difíciles de explicar.

Este estudio busca analizar los diferentes tipos de respuestas sobre los manejos terapéuticos que se le da a las crisis de ansiedad en los menores de edad, en diferentes centros de salud en otros países; mediante el uso y la búsqueda de artículos científicos, revistas médicas, libros de psiquiatría y hasta charlas con profesionales de la salud; que se codean con este tipo de pacientes en los servicios de emergencia.

La libre interpretación de la sintomatología y el desconocimiento de los criterios diagnósticos de las crisis de ansiedad, que dan los profesionales de salud a cargo de este tipo de pacientes y los múltiples estudios sin bases científicas han hecho que de manera empírica y hasta de una manera desordenada se dé un manejo diferente hasta entre los mismos profesionales de la salud, de un mismo centro de salud.

La estancia por horas mientras el paciente es atendido por alguien del personal de salud o la permanencia en el centro de salud, va generar en los pacientes menores de edad que padecen crisis de ansiedad, tensión que pueden aumentar los síntomas por los cuales fueron llevados a consultar, ya que no están preparados. (Paulina Aguilera Pérez, Martha V. Whetsell. La ansiedad en niños hospitalizados. Aquichan, Colombia. Octubre 2017)

Si es el caso de ser necesaria la hospitalización, se conoce que, por su entorno, va a representar un suceso que puede causar un incremento en la crisis ansiedad en el paciente, y se registra como el acontecimiento que va a producir mayor ansiedad en los menores de edad. La percepción de estar en un lugar como un centro de salud, excede su percepción para poder afrontar la situación a la que está siendo expuesto.

Los efectos de las crisis de ansiedad en los menores de edad durante y después del internamiento médico en un hospital, pueden llegar a persistir por semanas o hasta por meses después de que se le da egreso, y en algunos casos se ha visto que puede persistir hasta la edad adulta. (Paulina Aguilera Pérez, Martha V. Whetsell. La ansiedad en niños hospitalizados. Aquichan, Colombia. Octubre 2017).

Las reacciones conductuales que el niño va a manifestar durante la presentación de una crisis de ansiedad pueden ser diversas en diferentes casos y estas pueden incluir autolesiones, conductas de agresión física y agresión verbal, también se pueden observar cambios afectivos y de actitud. (Paulina Aguilera Pérez, Martha V. Whetsell. La ansiedad en niños hospitalizados. Aquichan, Colombia. Octubre 2017).

También se han visto respuestas emocionales negativas en algunos niños en el periodo post hospitalario. Estas respuestas incluyen problemas alimentarios, alteraciones en las etapas del sueño, ansiedad incrementada ante la separación de sus parientes, temores, pesadillas, preocupaciones por su cuerpo, regresión a un nivel de conducta previo, y síntomas somáticos tales como tics y enuresis (micción involuntaria).

Es por eso por lo que se da la propuesta de la creación de un área, que se considere un lugar tranquilo y confortable para que pueda ayudar a disminuir la sintomatología de las crisis en el paciente; el sentirse cómodo en el lugar donde se le está brindando atención es importante, ya que las manifestaciones clínicas pueden ir disminuyendo hasta el punto de llegar a desaparecer y así resolver la crisis de ansiedad.

La incógnita de cómo tiene que ser el área de atención, no es complicada. Tiene que ser un lugar que tenga iluminación tenue, colores pasteles, ya que se ha demostrado que los colores fuertes como el rojo y el amarillo pueden aumentar la sintomatología de las crisis de ansiedad, es importante tener conocimiento de que existen colores cálidos y fríos que pueden ayudar o empeorar distintas situaciones. (Nazanin Rahimi, Amir Masoud Dabagh. Estudio del efecto mental del color en la arquitectura interior de los espacios de hospital y su efecto sobre la tranquilidad del paciente. (Revista científica del Amazonas, junio 2018)

La búsqueda un área especial o la creación de un espacio óptimo para el abordaje de este tipo de pacientes que presentan crisis de ansiedad. Durante los episodios de crisis en los servicios de emergencia se ha descrito que los pacientes se sienten presionados por las miradas señal antes de las demás personas que están consultando; pueden generar discomfort en el paciente con la crisis.

Un punto favorable por considerar es que los pacientes pediátricos con crisis de ansiedad deben de mantenerse aislados o aparte de los demás pacientes consultantes, porque el ambiente que se vive en los servicios de urgencias puede aseverar e incrementar los síntomas de la crisis de ansiedad que está presentando el menor, esto podría provocar una mayor crisis, una mayor estadía y un mayor problema.

Es importante recordar y que hay que destacar, es que hay muestras de que se han acrecentado los padecimientos nosocomiales al estar expuestos durante su atención en los servicios de emergencia (Eulalia Maricela Terreros Argudo, María Isabel Peñaloza Piña, Fernando Córdova Neira. Infecciones Nosocomiales en el Servicio de Pediatría Hospital José Carrasco, IESS-CUENCA. Mayo 2018).

El desarrollo final de la investigación es llegar a plantear el sí es necesario crear o reestructurar la atención que se da actualmente en el manejo farmacológico y el abordaje terapéutico de la crisis de ansiedad en conjunto con una mejora en la infraestructura de los centros de salud con el fin de que las crisis de ansiedad sean tratadas de la mejor manera y no se exponga al menor a otro tipo de situación.

Ante esto los profesionales de la salud que atendemos las crisis de ansiedad, debemos de formularnos una pregunta que a su vez surge como una incógnita a la hora de empezar a desarrollar un estudio en busca la información necesaria para poder desarrollar la investigación: ¿Es adecuado el abordaje de las crisis de ansiedad en los menores de edad en los servicios de urgencias?

Objetivos.**Objetivo general.**

- Analizar el manejo actual de las crisis de ansiedad en los servicios de urgencias en menores de edad de 3 a los 14 años.

Objetivos específicos.

- Describir los aspectos clínicos y tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- Investigar el abordaje actual de las crisis de ansiedad en menores de edad en los servicios de urgencias.
- Generar recomendaciones que permitan realizar un mejor abordaje en los pacientes pediátricos que consultan por crisis de ansiedad en los servicios de urgencias.

Justificación.

La motivación de esta investigación es la búsqueda de información que permita un adecuado abordaje de los pacientes pediátricos que llegan a los servicios de emergencia de los centros de salud de Costa Rica, con crisis de ansiedad, que muchas veces la sintomatología engaña al personal sanitario y lo hace pensar que las manifestaciones pueden ser de origen cardiaco, el tiempo perdido en la espera de resultados de laboratorio; apartan de la realidad el principal problema.

Es por eso por lo que esperamos que sea de gran ayuda para todo el personal de salud y a su vez para que los pacientes y acompañantes obtengan un servicio rápido y eficaz para su padecimiento; esto con la esperanza de evitarles las largas horas de espera en los hospitales, tomando en cuenta que entre más tiempo pasen en espera por el tratamiento; más se acrecentaran las manifestaciones.

La creciente demanda de asistencia médica en los servicios de emergencias por parte de los pacientes con crisis de ansiedad ha dispuesto que se busque una mejor manera de darles un manejo rápido a su necesidad; esto no denota desconocimiento del tema, sino que el pensamiento crítico de los profesionales de la salud, hace que se piense en las peores patologías y enviando exámenes que al final muestran resultados normales.

El desarrollo de la investigación busca crear o recabar información de diferentes estudios con el fin de que sirva en futuros casos de crisis de ansiedad que se vayan a presentar en los servicios de emergencias. Esperando fielmente que sirva de ayudar algún caso en el futuro, mediante nuevos estudios y creando consciencia entre los colegas; ya que las patologías psiquiátricas están en aumento.

La presentación final de la investigación mediante comentarios entre profesionales de la salud buscará mejorar el tiempo de atención del paciente menor de edad que se encuentra ansioso; creando conciencia y esperando comentarios positivos de los médicos generales y médicos especialistas a cargo de los servicios de salud se cumplirá el propósito de la investigación.

Antecedentes.

La manifestación clínica en las crisis de ansiedad se compone de una serie de síntomas muy característicos de la patología en estudio; el descarte del síntoma de dolor precordial se hace mediante la realización de un electrocardiograma (Revista Española de Cardiología; Características y manejo de los pacientes con dolor torácico no traumático en los servicios de urgencias hospitalarios. Resultados del estudio EVICURE II).

El establecimiento de las diferentes patologías y sus características clínicas nos llevan a descartar otros padecimientos y así delimitar la crisis de ansiedad para el tratamiento pertinente (SEMERGEN. 2014; 40(2): e37-e42; Diagnósticos diferenciales del dolor torácico). Es importante saber que la patología esta englobada en los padecimientos psiquiátricos; con sus características específicas, criterios de diagnóstico y tratamientos de base (Los trastornos de la ansiedad en el DSM-5).

En el caso de los niños se ha observado que hay un aumento de los casos debido a esta tendencia de agresión Bullying (Revista Electrónica educare; el impacto del Bullying en el desarrollo integral y aprendizaje desde la perspectiva de los niños y niñas en edad preescolar y escolar); cyberbullying y en estos tiempos el hecho de tener que estar en casa recibiendo las clases en tiempos de pandemia.

Guías de manejo para las patologías psiquiátricas en los principales niveles de atención (UTMACH; Abordaje integral de los trastornos de ansiedad generalizada y crisis de pánico en atención primaria de salud); mediante la literatura existente y tratando de hacer un manual que simplifique el manejo en los servicios de emergencia que están colapsados por las diferentes situaciones que se presentan día con día.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

El establecimiento de la investigación debe iniciar con lo básico hasta llegar a lo más complejo; en este caso la definición si bien es sabida por los profesionales de la salud; muchos desconocen los criterios diagnósticos que ya se encuentran establecidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V); y de los cuales se pueden presentar alrededor de una crisis de ansiedad bien definida.

Se define la crisis de ansiedad como una respuesta del organismo ante situaciones límites, que está caracterizada por presentar sensación de angustia lo miedo, más aumento del ritmo cardíaco, aumento en la frecuencia respiratoria, sudoración. Sin embargo, las manifestaciones cursan con unos síntomas muy similares a los del infarto, hasta el punto de que puede confundirse con él.

La población meta de la investigación a estudiar consta del grupo etario más susceptible en la sociedad; en este estudio se dará énfasis a la población pediátrica. Por el simple hecho de que en la actualidad la sociedad con su estilo de vida acelerado y sus múltiples ocupaciones no prestan la debida atención a las manifestaciones que desencadenan un sin número de padecimientos en este tipo de población.

La definición de la palabra ansiedad proviene del latín *anxietas, anxietatis*; es la cualidad del adjetivo latino *anxius* (Angustiado o ansioso). Y va a estar estrechamente relacionado con el verbo *angere*, que cuyo significado específico es oprimir o en otros contextos significa estrechar, y se va a referir a aquella sensación donde se va a presentar un malestar físico intenso, que no tiene una explicación directa.

Las respuestas que van a aparecer durante un episodio de ansiedad incluyen: síntomas neurovegetativos (inquietud, desasosiego, taquicardia, taquipnea, sudoración, aumento de la transpiración, piloerección), problemas cognitivos y somáticos. A largo de la evolución de la patología, pueden aparecer daños en el desarrollo de la autoestima, fallos en el funcionamiento interpersonal y problemas durante la adaptación social del menor con su entorno.

Dentro de la sintomatología clásica de las crisis de ansiedad, pueden aparecer problemas somáticos, y entre ellos se pueden presentar: insomnio (inicial), sueño intranquilo, somnolencia (hablar mientras se está dormido), hiperactividad-excitación, dolor abdominal causados por aumento de estímulos, aumento en la ingesta de alimentos (hiperfagia), no comer (anorexia), náuseas, dolor de cabeza (cefaleas), temblores y/o tensión muscular, entre muchos otros.

En la actualidad se nota que existen ciertos padres despreocupados por la situación que viven día a día sus hijos, esto puede ser provocado por sus largas jornadas de trabajo o sus diferentes situaciones estresantes, provocando que hagan a un lado lo que le puede estar pasando a sus hijos; hoy, se observa que los niños presentan estilos de vida poco saludables pasan la factura a la hora de enfrentar los retos de la vida.

Dentro de la cultura popular se dan comentarios los centros educativos sobre estos niños que pueden estar presentando dicho padecimiento y muchos educadores piensan que lo hacen simplemente por llamar la atención; y si es así deben de llamar la atención porque se podrían desencadenar en algo peor, de manera global es importante que hasta en el sector educativo tengan en cuenta las manifestaciones que aparecen en una crisis de ansiedad.

La población infantil en la actualidad está más expuesta a llegar a presentar una crisis de ansiedad, que muchas veces puede llegar a pasar desapercibida por las personas que lo rodean, es por eso por lo que es necesario la creación de campañas informativas, charlas y sobre todo darle entender de manera clara y concisa a la población menor de edad que lo que están sintiendo es algo pasajero y manejable.

Parte de la problemática actual es que los niños de la actualidad son más sedentarios, son más dependientes de los aparatos tecnológicos y esto hace que se encierren o aislen del mundo exterior, esto provoca que ellos mismos se delimiten a practicar un pequeño círculo rutinario de actividades que les sirvan para distraerse (Niños en un mundo digital. UNICEF - El Estado Mundial de la Infancia. 2017).

Es por eso por lo que se necesita explicarles a los padres sobre la creación de hábito de vida equilibrado en los cuales incluya el uso restringido y controlado de la tecnología y la creación de espacios en los que el niño pueda socializar con otros infantes, ya sea vecinos,

compañeros de estudio y familiares, esperando a que la aceptación en la sociedad les merme el estigma de problemáticos o de niños que llaman la atención.

Las crisis de ansiedad en niños se pueden desencadenar por el estrés de los quehaceres de sus centros de estudio; donde se pueden encontrar padres (que pueden ser polos opuestos) muy estrictos, perfeccionistas o en algunos casos padres muy permisivos y desinteresados. Como padres se debe de ser estricto y a la vez establecer límites que le brinden al menor una verdadera estabilidad emocional para enfrentarse a las diversas situaciones.

La búsqueda de un equilibrio verdadero le va a permitir disfrutar de todas sus actividades, en las cuales se necesita que exista un compromiso familiar con el fin de evitar crisis de ansiedad en los menores de edad; para se necesita la ayuda de sus parientes cercanos para que ellos enseñen a los menores de edad que habitan en su hogar, como afrontar o como desenvolverse de la mejor manera ante una situación estresante o desafiante en la cual puede iniciar una crisis de ansiedad. (Clark Goldstein, PhD. Qué hacer y no hacer cuando los niños están ansiosos. Child Mind Institute. 2022)

El círculo familiar crea vínculos y lazos que le permiten desarrollarse de una manera correcta en los primeros años de vida y esto va a determinar cómo van a afrontar las diferentes situaciones que se le presenten en el futuro. La familia que es lo más cercano que tiene el menor, puede mostrarles empatía sin estar de acuerdo con sus miedos. Un claro ejemplo es: se le puede decir al menor: *“Sé que tienes miedo de ponerte esta vacuna. Es normal sentir miedo. Puedes superarlo y yo voy a ayudarte”*. (Clark Goldstein, PhD. Qué hacer y no hacer cuando los niños están ansiosos. Child Mind Institute. 2022).

También hay que recordar que es útil el evitar las preguntas directas *“¿Estas preocupado por el examen de mañana?”*. En lugar de este tipo de preguntas, podemos plantearlas de manera a que sean preguntas abiertas *“¿Cómo te sientes para el examen de mañana?”*. Es bueno recordar que se debe de utilizar un tono de voz y un lenguaje corporal tranquilo, para mostrarle a su hijo que usted no lo está presionando y que está ahí para ayudarlo a mantener la calma. (Clark Goldstein, PhD. Qué hacer y no hacer cuando los niños están ansiosos. Child Mind Institute. 2022).

El estudio busca crear consciencia en que la debida atención que se le brinde al menor; puede llevar a disminuir que este no llegue a sufrir las consecuencias de una crisis de ansiedad. Y si es el caso de que el menor la presente; existen terapias y profesionales capacitados para brindar una ayuda optima. Muchos niños sufren en silencio de estos problemas y en ocasiones manifiestan que no dicen nada para no molestar a sus padres.

Si hay un detonante, más un factor de riesgo esto incrementará el riesgo de padecer una crisis de ansiedad. Para poder entender de una mejor manera que es la ansiedad, es justo que sepamos diferenciarlo del miedo; y para los profesionales de la salud que es el miedo: es un estado cerebral que se va a presentar en una persona por una situación en la que sienta amenaza, ya que el estímulo que genera en el cuerpo va a tratar de evitarlo.

La ansiedad es una fase cerebral que es muy parecida al miedo, pero que se presenta sin un estímulo detonante que sea percibido como una clara amenaza. Es por eso por lo que el temor y la ansiedad pueden estar presentes en situaciones de amenazantes o en situaciones que el menor sienta peligro, se puede llegar a suponer que conviven una con la otra.

Cuando hay un estímulo y la persona siente miedo, a menudo van a aparecer síntomas de exaltación que son reflejos de disputa o huida, pensamientos de peligro inminente y de escape, mientras que las manifestaciones de la ansiedad van a estar más asociadas con la tensión muscular, aumento del estado de alerta en caso de estar expuesto o verse acorralado en situaciones de peligro o estrés.

La población infantil tiene diferentes detonantes para que puedan presentar una crisis de ansiedad; estos están delimitados en el cuadro de los factores de riesgo (Tabla #1) que ya están establecidos en la literatura. Es importante prestar atención durante la historia clínica al inicio del abordaje y señalar uno a uno cada factor como riesgo precipitante del inicio de la crisis por la cual está en el servicio de emergencia buscando ayuda.

La base de la atención de todo paciente que llega a buscar ayuda algún centro médico, es la historia clínica; que puede ser narrada por el mismo paciente siendo una fuente directa o por un familiar cercano que es una fuente indirecta. Hay que tener cuidado con las preguntas que se hacen, no pueden ser complejas y que hagan sentir más presionado al afectado que en ese

momento está en la crisis de ansiedad con angustia.

Hay que tratar de adaptar el interrogatorio con el fin de hacer sentir cómodo al niño para poder recolectar toda la información necesaria; es importante separar en algún momento del interrogatorio al niño de los padres (Podemos y debemos como profesionales de la salud, solicitar ayuda de otro profesional de la salud, ya sea enfermera, asistente de paciente, esto para evitar posibles demandas).

Los factores psicosociales tienen un papel importante en el desarrollo de las crisis de ansiedad, ya que muchos son los factores de riesgo asociados a las crisis; es necesario valorar cada uno y ver el entorno en el que desarrollan las actividades rutinarias de cada paciente; el médico a cargo puede ayudar y recomendar una serie de actividades que van a hacer que el afectado pueda realizarlas.

Es necesario que se dé un manejo interdisciplinario (varias especialidades de la medicina) para dar un mejor abordaje a estos pacientes pediátricos; la colaboración del personal de trabajo social, encargados de psicología, representantes de psiquiatría, especialista en pediatría y médicos generales y personal de enfermería, estos deben de trabajar juntos por el bien de estos pacientes pediátricos.

Al instaurar un ente o un equipo interdisciplinario a nivel hospitalario, como el que mencionamos antes, que sea el encargado de velar por el buen trato y abordaje de los pacientes pediátricos, va a permitirle y con ayuda del personal docente el desarrollo de nuevas rutinas de actividades para los menores de edad; tratando en gran manera de ayudar a tratar los factores de riesgo antes mencionados en la tabla de evaluación.

Es por eso que con las recomendaciones que se van a dar al final de la investigación, se va a crear un protocolo o manejo para establecer un mejor abordaje de manera sistemática y puntual para las poblaciones pediátricas; gracias a eso es que se va poder elegir mejor el tratamiento medicamentoso, que sea el más adecuado para la resolución de los síntomas que se van presentar en este tipo de patología llamada crisis de ansiedad.

Epidemiología.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad durante la edad pediátrica fluctúa entre un 3% y un 21%. Los trastornos de ansiedad varían según el estudio, la implementación de los criterios diagnósticos y de las fuentes de información utilizadas. La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia son considerados el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, sobre los trastornos de conducta y de la depresión.

Los trastornos de ansiedad en la infancia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, por arriba de los trastornos de conducta y depresión. Estudios epidemiológicos demuestran que dichos trastornos oscilan entre un 3% y un 21%. Los trastornos de ansiedad en la infancia están asociados a problemas académicos y sociales. Es frecuente que se den varios trastornos de ansiedad en un mismo paciente.

Es por eso por lo que en un 33% de los casos en niños con trastornos de ansiedad cumplan criterios para dos o más trastornos de ansiedad. Además, la comorbilidad en relación con otro tipo de trastornos psiquiátricos, fundamentalmente con la depresión, muestra rangos que pueden variar entre un 28% a un 68% de los casos de ansiedad. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia).

Los trastornos de ansiedad en la infancia están asociados a dificultades académicas y al entorno social en el cual se desarrollan. Si el resultado es elevado se le añade las consecuencias nocivas que conlleva la ansiedad para la vida del niño, tener en cuenta los factores riesgo que pueden facilitar la aparición de una crisis de ansiedad (Paula Tayeh, Patricia Agamez González, Roberto Chaskel. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

Es importante recalcar, que hacer caso omiso, al punto de no darle un manejo óptimo a las crisis de ansiedad, se encuentra descrita una comorbilidad relacionada con otro tipo de trastornos psiquiátricos, fundamentalmente asociada con casos de depresión en etapas infantiles, casos tan complejos que pueden llevar a intentos de suicidio o hasta la muerte como se ha visto en los últimos tiempos.

Etiología.

El análisis de la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad ratifica la investigación clínica de que las diferentes alteraciones no forman parte de un fenómeno único, sino que van a estar implicados diversos elementos y mecanismos que van a actuar como elementos predisponentes o de factores riesgo, factores desencadenantes que predisponen su vulnerabilidad. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**)

Los trastornos de ansiedad en las poblaciones pediátricas van a representar un conjunto de condiciones complejas, que van a interactuar con los diferentes factores de riesgo y con los otros factores predisponentes. Los diferentes estudios han permitido que la investigación tenga tener un enfoque neurobiológico sobre el cual se van a exponer diferentes hipótesis de modelos etiológicos. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**)

Hoy en día, se desconocen las vías por la que los factores de riesgo llegan a unirse hasta confluir en la producción de los trastornos de ansiedad; además, las investigaciones deberían incluir la perspectiva del desarrollo, porque al final, no todos los factores de riesgo tienen un mismo efecto patógeno en una persona, según el momento en el que se desarrolla. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

El uso de las nuevas tecnologías mediante estudios avanzados en el campo de la investigación genética, mediante el uso de neuroimágenes han reconocido valorar estos modelos. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

La mayoría de las teorías etiológicas ya descritas en las diferentes investigaciones reconoce, que existe una complejidad entre las vías de la causalidad, inclinándose hacia un modelo comprensivo de la enfermedad que se va a centrar en cuatro diferentes factores, expuestos a continuación:

1. Influencias genéticas y ambientales.

Estudios generacionales de familias con miembros que han manifestado crisis de ansiedad, que podemos identificar de primera entrada en la historia clínica del paciente al ingresar al centro de salud, han expuesto una asociación entre las crisis de ansiedad en los padres y la de sus hijos, ya que existe un componente genético estadísticamente significativo en varios trastornos de ansiedad. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**)

Es poco probable que existan este tipo de influencias genéticas y factores ambientales que lleguen a predisponer directamente a los pacientes menores de edad a presentar algún trastorno de ansiedad, pero se entiende que existen ciertos modelos o rasgos de los procesos fisiológicos que pueden ser hereditarios, hasta el punto de influenciar en el posible desarrollo de presentar una crisis de ansiedad. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

Ciertos trastornos de ansiedad se van a presentar en una agrupación familiar, aunque no se ha podido establecer si la transmisión es genética o ambiental. La presencia de psicopatología en los padres pone al niño ante múltiples condiciones de riesgo ambiental, además del posible riesgo genético de la misma. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

A pesar de que existe cierta evidencia genética, los trastornos de ansiedad generalmente tienen un gran componente ambiental. Se ha demostrado que los padres con diagnósticos de trastornos de ansiedad han utilizado los mismos patrones de crianza que utilizaban en su infancia para educarlos a ellos; estos patrones afectan el riesgo de que los menores presenten crisis de ansiedad. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**)

Por lo tanto, el estudio arroja que existe una asociación heredofamiliar entre las crisis de ansiedad que hayan presentado los padres, con las crisis de ansiedad que pueden presentar sus hijos, esto como resultado de los diferentes efectos de manera directa que están presentes en las diferentes conductas del menor en relación con las interacciones paterno-generacionales,

asociadas con la predisposición genética. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

Estilos de crianza parental en los que hay una sobreprotección excesiva, así como los estilos educativos excesivamente correccionales y la transmisión de ciertos miedos específicos por parte de los padres, pueden contribuir a la aparición de los trastornos de ansiedad en los niños. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

Escenario social desfavorable, es aquel que implica un nivel socioeconómico bajo, donde la familia enfrenta una adversidad económica, junto con condiciones de vida desfavorables. Pueden llegar a generar una sensación de inseguridad crónica que de pie al inicio de un trastorno de ansiedad. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

Aquellas familias que son disfuncionales, que sumado a eso cuentan con condiciones desfavorables de salud, (trastornos neuróticos, enfermedades crónicas no compensadas), niveles altos de violencia y escasa capacidad para resolver problemas. Son focos de problemas y de detonantes para el inicio de crisis de ansiedad en niños. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

2. Circuitos neuronales responsables del procesamiento de emociones

Las unidades fisiológicas del proceso de manifestación de las emociones, como es el caso del sentimiento de miedo o temor, van a estar relacionados a ciertos genes y también existe una relación ambiental en las partes funcionales de las regiones cerebrales involucradas en el miedo, que van a estar situadas dentro del núcleo estriado, el sistema límbico y para límbico: entre estos la amígdala, la corteza orbitofrontal y la corteza del cíngulo anterior.

Estas áreas cerebrales están interconectadas y van a desempeñar una tarea muy significativa en la integración de las experiencias emocionales internas y externas. A nivel cerebral vamos a encontrar a la amígdala, que es el módulo central de las uniones neuronales, ya que diferentes

estudios han determinado que tiene una función muy importante en el condicionamiento en las sensaciones o sentimientos de miedo. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

La corteza orbitofrontal es la segunda estructura anatómica relacionada en el procesamiento de las emociones que va a verse alterado en los trastornos de ansiedad. La corteza del cíngulo anterior actúa como la organizadora de las respuestas emocionales. Diversos estudios han demostrado una baja actividad al provocar crisis de ansiedad en individuos sanos, y se han encontrado hallazgos similares en pacientes con trastorno de estrés postraumático. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**)

3. Procesos fisiológicos.

Múltiples estudios que valoran y hacen una comparación entre los distintos tipos de ansiedad y los procesos fisiológicos implicados en el análisis de la información, como la atención y la motivación. Los resultados más sólidos sugieren que entre las características cognitivas que más se relacionan con la ansiedad y el miedo en humanos, están los estímulos asociados con el peligro. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

Se han encontrado niveles equivalentes en los diferentes trastornos de ansiedad, pero con diferencias en los estímulos particulares que ocasionan que los niños con crisis de ansiedad sean más propensos a interpretar los estímulos como amenazas, influyendo en la manera en la que van a afrontar la situación estresante o el desencadenante de la crisis de ansiedad; ya que todas las personas reaccionan diferente a los diversos estímulos amenazantes. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

4. Tendencias conductuales, incluido el temperamento.

Los menores de edad con inhibición en ciertos rangos de comportamiento, que son tímidos y con tendencia al retraimiento en la primera infancia, presentan más tendencia a desarrollar

trastornos de ansiedad en etapas posteriores del desarrollo. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

Estos procesos fisiológicos ya estudiados, al final demuestran que las tendencias conductuales, como el temperamento (carácter) en los primeros años de vida y la posible implicación en el desarrollo una patología psiquiátrica como lo son los trastornos de ansiedad. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

La retracción en la personalidad o bien la inhibición del menor por timidez, es una conducta medible o valorable durante los primeros años de vida, ya que ha demostrado en algunos estudios ser un predictor de la aparición de trastornos de ansiedad. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

Las diferentes averiguaciones indican que existen elementos biológicos, psicológicos y socioculturales que pueden tener un papel importante en el inicio o desarrollo de este tipo de trastorno. Los elementos biológicos tienen que ver con la probable distribución de diferentes sistemas neurotransmisores, principalmente la dopamina y serotonina los cuales son los encargados de regular el estado de ánimo y el comportamiento. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

Este tipo de alteraciones en esos neurotransmisores pueden provocar o desencadenar una crisis de ansiedad si la persona se ve sometida a una situación estresante o es expuesto a una experiencia traumática. Es importante tener en cuenta a la hora de realizar el interrogatorio en la historia clínica, identificar si el paciente presenta una susceptibilidad biológica en sus antecedentes heredo familiares. (Paula Tayeh, Patricia María Agámez González, Roberto Chaskel; Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18**).

Causas médicas que pueden generar una crisis de ansiedad.

En algunas personas, las crisis de ansiedad pueden estar estrechamente relacionadas con un problema de salud relacionado a alguna patología oculta. Existen algunos casos, donde los signos y síntomas de ansiedad son los primeros indicadores de una enfermedad. (Trastornos de ansiedad. (2019, August 29). Middlesex Health. [https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/trastornos-de-ansiedad.](https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/trastornos-de-ansiedad))

Las siguientes patologías son algunos ejemplos de enfermedades médicas que pueden estar relacionadas con el inicio de una crisis de ansiedad incluyen los siguientes:

- ✓ Patología cardíaca.
- ✓ Diabetes Mellitus.
- ✓ Problemas endocrinológicos en la tiroides (hipertiroidismo).
- ✓ Trastornos respiratorios, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma.
- ✓ Uso inadecuado de sustancias o abstinencia.
- ✓ Dolor crónico o síndrome de intestino irritable.
- ✓ Tumores poco frecuentes que producen hormonas de reacción de “luchar o huir”

Es posible que las crisis de ansiedad puedan estar causados por factores ocultos como en los siguientes casos:

- ✓ Antecedentes Heredofamiliares (padres o hermanos) que tengan trastornos de ansiedad.
- ✓ Trastorno de ansiedad en la infancia.
- ✓ Evitación de ciertas cosas o situaciones a causa de la ansiedad.

Es importante crear conciencia de que las personas se hagan un control o chequeo médico por lo menos una vez al año, para estar al pendiente de todo tipo de variación en la salud. Ya que esto puede llegar afectar de gran manera la calidad de vida y el entorno social entre otros. (Trastornos de ansiedad. (2019, August 29). Middlesex Health. [https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/trastornos-de-ansiedad.](https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/trastornos-de-ansiedad))

Síntomas de una crisis de ansiedad

La sintomatología característica de las crisis de ansiedad es diversa y puede tener elementos distractores, es por eso por lo que en la tabla #2 se habla de los diferentes manifestaciones y síntomas en los que pueden variar su presentación; en el caso de los menores difícil por el tipo de descripción que nos pueden dar a la hora de entrevistarlos, pero la teoría puede afirmar que se considera que se ha producido una crisis de ansiedad cuando hay cuatro o más síntomas.

Existen también los criterios diagnósticos de la patología en cuestión, que siempre van a estar presentes en los cuadros clínicos de una crisis de ansiedad, estos van a ser puntuales a la hora de buscar un diagnóstico asertivo. Es por esto que conocer bien la teoría nos va a permitir identificar y reconocer cada uno a la hora de realizar la exploración de un paciente pediátrico en un servicio de emergencia.

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V) vienen mencionadas las manifestaciones clínicas por sistemas agrupadas en la tabla #3 para poder explicar y entender de una mejor manera cada manifestación que se va a presentar durante una crisis de ansiedad. Es importante explicar a los encargados del menor que significa cada termino medico en un lenguaje claro y conciso; para evitar que existan confusiones.

En la tabla #4 se muestra un análisis con porcentajes sobre los tipos de síntoma que se ha presentado en algunos casos de menores que llegan a los servicios de emergencia; algunos son más específicos en cuanto a la primera manifestación de los síntomas, conforme van pasando los días, los padres empiezan a notar un cambio en el comportamiento del menor. En el momento de la crisis es donde deciden corren en busca de ayuda.

Estas manifestaciones somáticas, físicas u objetivas se presentaron con más frecuencia en los niños con trastornos de ansiedad. Aunque algunas veces pasen desapercibidos es importante estar atento a cualquier situación en el menor. Es por esto por lo que la implementación de una guía o estudio en el cual se priorice este tipo de padecimiento en los servicios de emergencia; va a mejorar sustancialmente el manejo individual de cada caso en el futuro.

Clasificación.

Para poder ser específicos con base en el tipo de crisis de ansiedad que el niño está presentando es importante saber identificar los factores de riesgo y así poder tener una estratificación, del tipo de trastorno; antes era difícil establecer cual espectro psiquiátrico estaba afectando al menor de edad, ya que los diferentes estudios establecieron una serie de clasificaciones para facilitar la obtención del diagnóstico clínico.

En la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS) va a clasificar los trastornos de ansiedad, de inicio en la infancia y adolescencia (ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad entre hermanos) y los propios trastornos que se pueden presentar en los adultos. Tener el conocimiento de ambas clasificaciones nos permite poder diagnosticar de una manera más rápida una crisis.

Otra clasificación más reciente ha determinado varios trastornos de ansiedad y la ha descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) redactada en el año 2014. En la tabla #5 se cita la clasificación. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

Por lo general la mayoría de los niños que sufren trastornos de ansiedad son sujetos normales en la vida adulta y sólo una minoría de estos, terminará padeciendo algún trastorno psiquiátrico. Muchos de los trastornos emocionales que van a manifestar los menores de edad pueden considerarse como exageraciones de las respuestas normales del niño ante un agente estresando o amenazante.

Los mecanismos etiopatogénicos pueden ser diferentes, ya que los trastornos emocionales que se pueden presentar en los niños, casi no se diferencian con respecto a los del adulto; es por esto por lo que existen entidades específicas, o criterios diagnósticos, para dar un mejor abordaje antes las crisis de un menor de edad que acude por atención a un centro de salud, por

el padecimiento que le aqueja.

En las patologías psiquiátricas se emplea un tipo especial de estratificación que esta descrita en la Tabla #6. Esta clasificación que actualmente se utiliza es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V; tiene como base la clasificación que fue descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1992, específicamente en la publicación del Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

Trastorno de ansiedad por separación.

El trastorno por ansiedad de separación va a ocurrir entre el 3 y el 5% de los niños. Con seguridad los niños tienen miedo de separarse de sus padres, especialmente la figura con la que tiene más afinidad a una edad no pertinente. (Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados C. Bonet de Luna. Fernández García. Chamón Parra. Pediatría Atención Primaria 2019, pp. 471 – 489)

La pérdida temprana (fallecimiento) de uno de los padres, van a provocar que el niño presente retraimiento, problemas de sueño y dificultades escolares, pero no síntomas específicos de ansiedad por separación. Se ha mencionado que los niños más pequeños son los menos vulnerables a la pérdida de uno de los padres, probablemente porque a su edad todavía no comprenden la irreversibilidad de la muerte. (Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados C. Bonet de Luna. Fernández García. Chamón Parra. Pediatría Atención Primaria 2019, pp. 471 – 489).

El impacto en el niño de afrontar un proceso de separación o divorcio de sus padres es difícil de separar de otras fuentes de estrés asociadas: comer en el colegio debido a que la madre tiene que trabajar, disminución del tiempo en el que van a compartir con los padres, verse en medio de una lucha por la potestad y estar en medio del ajuste y establecimiento de un régimen de visitas determinado. (Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos

para pediatras ocupados C. Bonet de Luna. Fernández García. Chamón Parra. *Pediatría Atención Primaria* 2019, pp. 471 – 489).

Sin embargo, no todos los padres intentan minimizar los cambios bruscos y mantienen una buena relación positiva con su expareja con el fin de no afectar a sus hijos, las reacciones de estos al comienzo de la nueva situación (tristeza, pérdida, culpa) tienden a disminuir. Las situaciones que implican la separación del niño respecto a sus padres, la separación entre los padres es la que parece producir efectos más negativos en las relaciones entre padres e hijos, incluso después de separarse, son frías y hostiles. (Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados C. Bonet de Luna. Fernández García. Chamón Parra. *Pediatría Atención Primaria* 2019, pp. 471 – 489)

La presentación es similar en ambos sexos y afecta más a niños con nivel socioeconómico bajo. La ansiedad que pueden presentar los menores de edad al ser separados de una figura de apego emocional es normal entre los cuatro a los cinco meses vida, y va este sentimiento de apego va disminuyendo a partir de los cuatro años, de edad ya que empiezan a entender que la separación no es para siempre. (Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras C. Bonet de Luna, M. Fernández, M. Parra. *Pediatría Atención Primaria* 2019, pp. 471 – 489)

Para poder dar un diagnóstico presuntivo el niño debe de presentar mínimo tres de los siguientes síntomas:

- Malestar excesivo y recurrente al separarse de los padres.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de sus padres en un accidente de tránsito, enfermedades o catástrofes.
- Preocupación excesiva ante la posibilidad de perder o de enfermarse y que esto lo separe de sus padres.
- Preocupación excesiva a la hora de quedarse con algún otro familiar que no sean sus padres.
- Evitar salir lejos de casa, visitar amigos o ir al colegio.

- Rechazo a quedarse solo en casa durante el día o a dormir solo.
- Pesadillas durante las horas de sueño relacionadas con el tema de la separación.

La manera en que podemos establecer el diagnóstico es utilizando la clasificación descrita en el DSM-V en la tabla #7, estos síntomas de la crisis perduran al menos cuatro semanas, provocando una interferencia en su rutina diaria y le provoca deterioro en sus esferas sociales, académicas o familiares. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

Por lo general los síntomas o manifestaciones somáticos que van a estar presentes acompañando la crisis (náuseas, cefaleas, palpitaciones, vértigos), estos pueden aparecer en situaciones haya una separación de la figura de apego para el menor de edad. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

Al final el trastorno de ansiedad provocado por la separación trata del tipo de ansiedad que se va a manifestar de una forma excesiva y hasta inapropiada, ya que el niño al verse separado de sus padres o de las figuras de apego. La búsqueda de un apoyo a la hora de involucrar a un menor en un proceso de divorcio o en una situación de fallecimiento de un familiar, va a disminuir y puede llevar a que no aparezca este tipo de trastorno en los niños.

Mutismo selectivo.

El mutismo selectivo va a estar caracterizado por una falla consistente para hablar en situaciones sociales en las que existe la expectativa de que hable (por ejemplo, en el centro de estudio), a pesar de tener un adecuado desarrollo y uso del lenguaje en casa, con la familia, o en otros lugares o situaciones. El hecho de no hablar tiene consecuencias significativas en el rendimiento académico adolescencia interfiere con la comunicación social normal del niño.

El síntoma principal que van a presentar los menores de edad con mutismo selectivo es la incapacidad de hablar en ciertas situaciones, sobre todo en el centro de estudio. El mutismo selectivo también puede ser específico a personas, se ha presentado que hay niños con mutismo

selectivo que no hablan con algunas personas, pero sí puede hacerlo con otras. Esa selectividad la deciden los menores según se sientan seguros.

El menor al estar en presencia de diferentes individuos, que no son las que están dentro de su círculo de personas, puede llevar a que se incrementen o disminuyan considerablemente los síntomas. Por ejemplo, cuando hay personas amables y divertidas, que hablan y mantienen la conversación, independientemente de la participación del niño con mutismo selectivo, son de gran ayuda.

Los niños con mutismo selectivo encuentran más fácil entablar una conversación con otros niños que con adultos. Un aspecto importante de los niños con mutismo selectivo es que difieren considerablemente en su capacidad para utilizar la comunicación no verbal (contacto visual, gestos, asentir y apuntar). Mientras que algunos utilizan eficazmente la comunicación no verbal, otros no, e incluso no se ríen ni tosen en frente de otras personas.

Esta diferencia en la conducta del habla es central en el trastorno, pero a menudo conlleva a malentendidos y sospechas, ya que los educadores como los padres tienden a pensar que los niños se comportan en todas las situaciones de la misma manera en que ellos los observan (Por ejemplo, si un niño no habla o se relaciona con otros niños en la escuela, el educador puede pensar que el niño es así en su casa).

Esta situación en la que el menor evita relacionarse en contextos sociales con los compañeros de la escuela, por ejemplo, a pesar de poder relacionarse en otras situaciones. El menor se vea afectado en su rendimiento académico por no poder tener buena comunicación social. Hay que descartar trastornos del lenguaje. (Ruiz Sancho AM. Trastornos de la ansiedad en la infancia y en la adolescencia).

Desde su publicación en el año 2013, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, el mutismo selectivo se clasifica como un trastorno de ansiedad, y su nombre cambió de mutismo electivo a mutismo selectivo, reflejando un cambio en la comprensión del mutismo selectivo, como una acción voluntaria, en la que existe una incapacidad de hablar en situaciones específicas.

Fobia específica.

La fobia es un temor no justificado ante un objeto o situación que, aunque pueda considerarse o reconocerse como algo irracional o hasta exagerado, va a generar en el individuo una reacción intensa de sensación de angustia y que se va a ver acompañada por el deseo de evitar dicho estímulo, lo que produce al menor de edad un elevado malestar emocional con una repercusión funcional en caso de enfrentarse a ello.

Es aquella situación de miedo desproporcionado por un objeto o por una figura en específica y puede expresarse como: llanto, rabieta, quedarse paralizados. La posibilidad de entrar en contacto con el estímulo detonante de la fobia se acompaña de intensa ansiedad, por lo que el menor de edad tiende a evitar la situación. El miedo causa que el niño se ausente de las actividades.

Los tipos de fobias que más se observan en la infancia, aparte de la fobia escolar, son: miedo a la oscuridad, miedo a los animales, miedo a tener algún accidente, miedo o temor a padecer algún tipo de enfermedad, temor a obtener una baja calificación en algún examen, temor al fracaso escolar, miedos producidos por películas determinadas, miedo a los monstruos, miedo a las tormentas, alturas, agujas o espacios cerrados (claustrofobia).

Entre los factores que van a predisponer la aparición de un tipo de fobia, pueden presentarse al presentar algún evento traumático (ser atacado por un animal, quedar atrapado en un lugar, atragantamiento con alimentos), también pueden presentarse si el menor observa a otro individuo sufriendo algún tipo de traumatismo o que muestran temor (presenciar un accidente, personas que temen a animales) y la transmisión de información (repetidas advertencias paternas sobre determinados peligros, noticias sobre catástrofes naturales).

Las fobias específicas se pueden agrupar en cinco grandes categorías para ser mejor entendidas:

- Animales: el miedo es desencadenado por animales o insectos (arañas, serpientes).
- Ambientales/naturales: el miedo es desencadenado por objetos o eventos de la naturaleza, como las tormentas, las alturas o el agua.

- Sangre o inyecciones: miedo a ver sangre o heridas, o a recibir una inyección.
- Situacional: desencadenada por situaciones específicas, como volar, usar ascensores o cruzar puentes.
- Otros tipos: situaciones y objetos, incluye el miedo a atorarse, o a personajes disfrazados.

Las fobias más características en la infancia son: oscuridad, a los animales, a los insectos, a los accidentes, enfermedades, exámenes, fracaso escolar, películas determinadas, etc. Existen factores predisponentes que pueden acelerar la aparición, entre ellos acontecimientos traumáticos, que muchas veces vienen desde el primer año de vida, donde los familiares lo someten a situaciones amenazante por juego.

La fobia escolar está incluida dentro de las fobias específicas. Esta consiste en la aparición de un miedo o temor irracional a acudir al centro de estudio, que al final se va a traducir en un absentismo a clase total o parcial. Generalmente, su instauración va a ser de manera progresiva, poco a poco va agravándose el problema a lo largo de semanas o meses; salvo en niños más pequeños, en los que la aparición del cuadro puede ser más aguda.

Los intereses y las preocupaciones que van a presentar los menores se van a centrar ahora sobre todo en las relaciones que van a tratar de establecer con sus iguales, por lo que los miedos estarán asociados al temor a la crítica y al rechazo, al fracaso escolar y a no conseguir los logros académicos deseados o miedo al ridículo o a hablar en público.

El desglose de los tipos de fobias o miedos se mencionan en la tabla #8 y se van a presentar según el rango de la edad del menor, relacionado a sus intereses, fuente de miedo que le inicio la fobia y los posibles trastornos, se van a presentar de manera esquematizada y más fácil de comprender para los profesionales de la salud. (M. JOSE GÜERRE LOBERA Y NADIA OGANDO PORTILLA; Miedos y fobias en la infancia. **Ventana a otras especialidades 2019, pp. 264-268**)

Etiología de las fobias

Estudios basados en evidencia mencionan que las áreas cerebrales que van a estar relacionadas con la fobia son principalmente 5: la ínsula, la amígdala, el córtex prefrontal y

orbitofrontal, y la corteza del cíngulo anterior. Diversas investigaciones han tratado de estudiar el papel que desempeña la amígdala ha sido considerablemente estudiado en el mecanismo del desarrollo del miedo.

Las conductas evitativas se le atribuyen y se sitúan en la corteza prefrontal y se ha visto que existe una relación entre los receptores del N-metil-D-aspartato y la adquisición y consolidación de memorias del miedo. Estos hallazgos son parecidos a los resultados conseguidos para otros trastornos de ansiedad, lo que hace pensar en una base neurobiológica semejante.

Existen diversos estudios donde se hablan de los diversos factores etiológicos descritos en la tabla #9, se explica de manera concreta y puntual para entender por qué un menor de edad desarrolla algún tipo de fobia o miedo ante un estímulo amenazante. (M. JOSE GÜERRE LOBERA Y NADIA OGANDO PORTILLA; Miedos y fobias en la infancia. **Ventana a otras especialidades 2019, pp. 264-268**)

La sintomatología suele tener predominio matutino (malestar estomacal, náuseas, astenia, llanto), cuando se despierta para ir al centro de estudio; ya que el menor trata de evitar verse expuesto en este tipo de situación. Se observa que frecuentemente los síntomas asociados a la fobia de tipo escolar desaparecen los fines de semana y en periodos de vacaciones. (M. JOSÉ GÜERRE LOBERA Y NADIA OGANDO PORTILLA; Miedos y fobias en la infancia. **Ventana a otras especialidades 2019, pp. 264-268**). (Tabla #10)

Trastorno de pánico.

Los trastornos de pánico (TP) se han descrito como uno de los trastornos más frecuentemente atendidos en los sistemas de salud durante las últimas décadas, en parte por su nivel de incapacidad asociada a las áreas vitales de la persona. El trastorno de pánico se va a dar por la presencia repetitiva de múltiples episodios de pánico y sentimientos de angustia. Es común que estas crisis comiencen después de estar expuesto a situaciones amenazantes.

El individuo que va a presentar una crisis de ansiedad por ataque de pánico, lo va a

describir como una sensación de miedo o de terror intenso, que puede llegar a extenderse por minutos o permanecer durante más tiempo. Los trastornos de pánico van a estar acompañados de una serie de síntomas somáticos o cognitivos (palpitaciones, sudoración, escalofríos, dolor precordial, sensación de asfixia y/o ahogo, mareo, parestesias, temor a morir). (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de la ansiedad en la infancia y en la adolescencia).

El momento de máxima intensidad solo dura algunos minutos, sin embargo, los individuos los perciben como eternos, e incluso, en ocasiones con la percepción de peligro de una muerte inminente. Este trastorno va a tener un inicio de manera brusca y a la vez van a ser episodios aislados y temporales de miedo o malestar intensos, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos de haber iniciado los síntomas.

Los ataques de pánico se pueden presentar como respuesta a un objeto amenazante o una situación que aparece inesperadamente, lo que significa que el ataque de pánico se produce sin ninguna razón aparente. Los ataques de pánico pueden ocurrir también como manifestación de otros trastornos de ansiedad, incluidas las fobias y el trastorno de ansiedad social, pero no se limitan a estos. Pueden presentarse ataques de pánico nocturnos, que van a despertar de manera espontánea al paciente.

Según las investigaciones se pueden presentar en otro tipo de trastornos mentales; o puede aparecer secundario al consumo de sustancias psicoactivas, trastornos depresivos y en episodios psicóticos. Teniendo en cuenta que los síntomas fisiológicos que prevalecen durante los ataques de pánico, el paciente y sus padres tienden a suponer que sus síntomas son más de índole física, por lo que es habitual que consulten al servicio de urgencias.

Trastorno de ansiedad social (Pánico escénico).

El trastorno de pánico va a dificultar el desenvolvimiento normal de los menores de edad en sus centros de estudio, independientemente del grado académico. En el caso de los menores de edad, puede llegarle a ocasionar que su rendimiento escolar se vea afectado y lo que le va a provocar un aislamiento social por este tipo de conducta patológica. es por eso que se debe priorizar en las aulas la atención a estos niños.

Por ello, los docentes deben de recomendar a los padres, la búsqueda de ayuda profesional

en el área y procurar brindarle herramientas para mejorar su calidad de vida, en todas sus actividades. El terapeuta en psicología no solo va a escuchar las inquietudes de los menores, sino que les brindará a ambos (padres e hijo) los materiales que considere necesario para ir minimizando progresivamente el impacto provocado por un trastorno ocasionado por el pánico escénico.

La presencia de miedo o ansiedad, al estar expuesto a situaciones sociales en las que el niño está expuesto como mantener conversación, ser observado, actuar o interactuar delante de un grupo de personas, comer o escribir en público. En los centros educativos se observan muchos casos al momento de que el menor pase al frente a exponer un tema que le fue asignado en una tarea.

Los menores van a tratar de evitar el contacto con personas desconocidas, repercutiendo de manera significativa en las relaciones con compañeros y en la vida social. Los niños que padecen de pánico escénico suelen ser tímidos y se notan angustiados cuando tienen que relacionarse con personas desconocidas; en cuanto tengan que realizar una presentación delante de un grupo de personas que van a ser el público. (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de la ansiedad en la infancia y en la adolescencia).

Es necesario crear consciencia y brindar seguridad, para que sientan son apreciados, apoyados y respetados. Esto conlleva a que no se debe de burlar de ellos, ni etiquetarlos con palabras burdas y soeces (miedosos, estúpidos, cobardes, tontos). Al contrario, se debe de darles apoyo y hacerles saber en todo momento que, aunque sientan temor, eso va a irse transformando en confianza y con esto pueden superarlo, poco a poco.

Agorafobia.

La Agorafobia es la fobia o trastorno más frecuente y también la más incapacitante. Consiste en la aparición de ansiedad y miedo a un elevado número de síntomas descritos en la tabla #11 y un conjunto de situaciones de las que pueda ser difícil escapar y en donde a la persona le sea difícil pedir ayuda y esto le resulte embarazoso. Aparece una sensación de catástrofe inminente que suele acompañarse de una crisis de ansiedad

El trastorno de pánico con agorafobia va a afectar la funcionalidad y el desempeño de la persona con su entorno, inhabilitando su capacidad de realizar tareas diarias, alterando su comportamiento y cogniciones, ocasionando un estado de ansiedad elevado. Algunas veces la agorafobia se presenta cuando una persona tuvo un ataque de pánico y comienza a tener miedo de situaciones que podrían desencadenar en otro ataque.

El diagnóstico de la agorafobia se va a realizar cuando el paciente presente una situación de temor, ansiedad o preocupación excesiva y trata de evitar dos o más de las siguientes situaciones: en el uso de transporte público, estar en espacios públicos abiertos, estar en lugares cerrados como cines o anfiteatros, estar de pie en línea, estar entre en una multitud, estar afuera de la casa, o el simple hecho de estar solo.

Las situaciones más frecuentemente temidas y evadidas por los menores con agorafobia incluyen lugares donde hay muchas personas desconocidas, como los restaurantes, las multitudes o los auditorios. Este tipo de miedos o temores están descritos en la tabla #12, donde de manera más ejemplificada y puntual, se explican los diferentes tipos de desconfianzas. (Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. (s/f). Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. Mayo de 2022)

El niño teme estas situaciones debido a pensamientos recurrentes de que puede ser difícil o humillante escapar de estas, y que podría no disponer de ayuda en caso de desarrollar síntomas de angustia u otros síntomas incapacitantes durante ellas. (Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. (s/f). Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. Mayo de 2022)

Estas situaciones casi siempre son evitadas por el paciente y, cuando es primordial enfrentarlas, requieren la presencia de un acompañante para sentirse apoyado y seguro, ya que las van a enfrentar con extrema ansiedad, o con ataques de pánico; en el caso de los niños, con llanto y pataletas. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

Tratamiento de la agorafobia

Si la agorafobia no recibe el debido tratamiento, puede que siga un curso fluctuante, con altibajos; incluso puede desaparecer sin un tratamiento específico, posiblemente debido a que la persona ha desarrollado su propio método de terapia de exposición, es decir, se ha expuesto repetidamente a la situación que le generaba esos sentimientos de temor y miedo hasta llegar a conseguir su desaparición.

Otros pacientes no se quejan de los síntomas de la agorafobia porque han aprendido a evitar situaciones que desencadenan su ansiedad. Sin embargo, el hecho de limitarse a evitar situaciones puede restringir de forma significativa la vida de la persona. Debido a que los tratamientos a menudo aumentan la ansiedad al principio, el tratamiento de la agorafobia a menudo implica aprender estrategias de relajación.

La terapia de exposición resulta útil en más del 90% de las personas que la realizan del modo adecuado. También se recomienda un tipo de terapia cognitiva-conductual a cargo de un profesional capacitado. Este tipo de terapia puede llevar a que las personas aprendan a reconocer cuándo su forma de pensar está distorsionada, a poder controlar el pensamiento distorsionado y modificar su comportamiento en consecuencia.

Se ha visto que en las personas con agorafobia les puede resultar beneficioso administrar inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Aunque los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina se consideran antidepresivos, también pueden funcionar bien para los trastornos de ansiedad. (Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. (s/f). Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. Mayo de 2022)

Complicaciones de la agorafobia.

La agorafobia puede llegar a limitar en gran medida las actividades rutinarias del menor de edad. Si la agorafobia es grave, es posible que ni siquiera el niño quiera salir de casa. Sin un tratamiento o terapia alternativa, es posible que algunas personas permanecen en sus hogares por años. Es posible que no pueda ir al centro de estudio, hacer los mandados o participar en otras actividades diarias normales.

Trastorno de rivalidad entre hermanos.

El trastorno de rivalidad entre hermanos se encuentra en la clasificación estadística internacional de enfermedades (CIE-10), con el código F93,3. La mayoría de los menores de edad, van a sentir algún grado de perturbación emocional, después del nacimiento de un hermano menor. Esto debe analizarse para diagnosticar un trastorno de la rivalidad entre hermanos (celos de los hermanos), sólo si se asocia con anomalías de la interacción social.

La rivalidad que va a existir entre los hermanos también es conocida como rivalidad fraternal, ya que es el conjunto de emociones, sentimientos, cogniciones y conductas de carácter doloroso y negativo que pueden experimentar los niños ante la llegada de un nuevo hermano ya que para ellos solo piensan en competir por ser el centro de atención en la familia. Es menos frecuente cuando la diferencia de edad entre los hermanos es de solo 1 año, de edad.

La convivencia con un nuevo miembro de la familia va a presentar una serie de nuevos retos para el menor de edad, ya que a partir de ese momento va a tener que empezar a convivir con otro niño en su hogar, un niño que necesitará más atención y cuidados. El menor puede sentirse desplazado por los padres ya que la atención se centra en el nuevo bebé, aunque sea solo una idea por parte del niño.

Los primeros días existe la obligación de permanecer confinados para no exponer al bebé al medio, para evitarle algún tipo de enfermedad. Para los niños más grandes esto puede ser aburrido por estar en el confinamiento y le va a hacer falta de salir a la calle o asistir al centro educativo para jugar con sus otros amigos, esto puede detonar o iniciar una serie de conflictos entre los hermanos. Este va a aparecer a los seis meses después del nacimiento del hermano.

El niño lo expresa haciendo rabietas, agrediendo al hermano, dañando artículos del hogar con el fin de obtener la atención, que tenía antes del nacimiento de su hermano. La intervención de los padres puede cronificar el problema, ya que en el pensamiento del menor es que existen preferencias. (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de la ansiedad en la infancia y en la adolescencia).

Los sentimientos negativos que más se han observado y desarrollado en las relaciones de hermanos, son la envidia y los celos; en cantidades moderadas este tipo de sentimientos pueden considerarse normales y no deben de crear preocupaciones en los padres, pero si se observa que este tipo de sentimientos se tornan patológicos y van aumentando su intensidad con el paso de los días, esto puede repercutir en el estado del niño. (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de la ansiedad en la infancia y en la adolescencia).

El sentimiento de la envidia se va define como un efecto que aparece ante el deseo de poseer lo que la otra persona tiene, en niños con hermanos recién nacidos, lo que quieren es la atención de los padres. Es frecuente que esta práctica sea más compleja y no se quiera solo poseer lo que tiene el otro, sino que también la otra persona pierda lo que tiene; dicho de otro modo, conseguir lo suyo y que él deje de tenerlo.

En los sistemas familiares pueden aparecer distintas relaciones o vínculos que dan lugar a lo que se conoce como triángulo y estos, a su vez, se van a dividir en dos tipos: las alianzas (donde se produce la cercanía entre dos miembros de la familia en contraste con un tercero) y las coaliciones (estas se definen como la cercanía que se da entre dos de los integrantes de la tríada en contraposición a un tercero; este vínculo será oculto y negado). (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de la ansiedad en la infancia y en la adolescencia).

Existen una serie de factores o variables que podrían afectar la relación entre hermanos. A pesar de que la rivalidad entre hermanos puede considerarse como algo natural, existen unas variables descritas en la tabla #13, donde explica los factores como la edad, el sexo, el tipo de personalidad y el tamaño de la familia (cantidad de miembros) pueden llegar a generar disconformidades. (Rivalidad entre hermanos: causas y qué hacer desde la crianza. Febrero 2022).

La consejería de cómo disminuir la rivalidad entre hermanos de manera saludable esta descrita en la Tabla #14 y puede enseñarles a los niños el respeto para con su o sus hermanos; una manera de cómo tomar turno, el poder compartir juguetes, su autonomía corporal, cuándo recurrir a un adulto a solicitar ayuda y sobre todo cuándo es necesario usar palabras en lugar de usar la fuerza física.

Trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), va a estar caracterizado por un modelo donde existe una preocupación excesiva e incontrolable que va a provocar deterioro en las labores diarias del paciente y va a estar acompañada de mínimo uno de los síntomas asociados en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V, durante al menos 6 meses.

La inquietud no está limitada a una sola área temática y generalmente se centra en la aprobación, la idoneidad, los eventos futuros y otras situaciones poco familiares. Estos niños buscan acérrimamente aprobación por parte de terceros, lo cual se logra aliviar leve y temporalmente su ansiedad. Son comunes las manifestaciones somáticas, como cefaleas, malestar estomacal, dolores musculares y alteraciones del sueño.

Es por eso por lo que lo antes descrito, hace que los padres lleven a sus hijos donde el médico especialista en pediatría y no a donde el especialista en psiquiatría. También pueden decir que les cuesta estar relajados, que tienen la sensación de vivir en el límite y suelen ponerse irritables cuando algo los mantiene preocupados. Es por esto por lo que el saber manejar una crisis de ansiedad es importante en todos los ámbitos para que no sean llevados al límite.

Se ha propuesto también que el trastorno de ansiedad generalizada en niños es un predecesor de que en algún momento más adelante el menor pueda presentar un trastorno depresivo; sin embargo, los estudios y la evidencia obtenida hasta el momento no es concluyente y hacen falta estudios longitudinales del trastorno de ansiedad generalizada.

La preocupación o ansiedad excesiva y persistente, la mayoría de los días que se prolonga al menos, seis meses y causa un deterioro en su vida social. En los niños, tiene que estar presente una de las siguientes situaciones.

- Sensación de estar atrapado.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.

- Tensión muscular (Van a aparecer o el niño va a referir que tiene dolores musculares).
- Fatiga: Se observa una disminución en el rendimiento académico, porque el niño se siente agotado y sin energías; esto va a estar causado por los trastornos de sueño, muchas veces generado por los malos hábitos que el menor tiene, usando aparatos tecnológicos a altas horas de la noche. Es necesario ver el patrón del sueño que tiene el menor de edad; si el sueño es provechoso y reparador. (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de la ansiedad en la infancia y en la adolescencia).
- Problemas en el desempeño escolar: Los cuadros de ansiedad que van a presentar los menores de edad durante su estancia en los centros educativos, se van a manifestar debido a una gran variedad de escenarios en los que los niños están expuestos. En el espacio escolar, los menores están expuestos a relaciones interpersonales con adultos y niños que no son de su círculo o burbuja familiar.

También hay una serie de actividades sociales en las cuales se necesita que el menor tenga la capacidad de adaptarse. Se considera que estos diferentes escenarios escolares, pueden generar diversas situaciones que pueden conllevar a un aumento en los niveles de ansiedad. Los menores desarrollarán cualidades para poder afrontar las expectativas a las que van a ser sometidos, esto con el fin de buscar la aceptación dentro de un nuevo círculo o grupo social.

El comportamiento del niño con sus compañeros en la escuela puede guiarnos en la busca de síntomas de ansiedad. Es por eso por lo que los menores que son considerablemente ansiosos van a tratar de evitar relacionarse con otros niños o se comportan de una manera socialmente diferente en la cual van a tratar de evitar la interacción y verse expuestos a situaciones que les generen ansiedad. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI: pp. 39-46**).

Las circunstancias en las cuales los menores son sometidos a pruebas evaluativas, es decir a la etapa donde se les hacen exámenes escritos; se ve que son propensos a producir que aumenten los niveles de ansiedad. Se relata que las crisis de ansiedad frente a los procesos de evaluación del desempeño escolar pueden ser observadas mucho antes, cuando se acerca las fechas de los exámenes o en algunos casos durante la realización de la prueba escrita.

Es por eso por lo que con el pasar de los años se han ido creando ideas deformadas en cuanto a lo que se considera un desempeño escolar óptimo. Es por eso por lo que la ansiedad dentro del ámbito escolar puede llegar a manifestarse de diversas maneras y por medio de los diferentes síntomas fisiológicos que van a alterar el funcionamiento cognitivo de los menores, que son necesarios para tener éxitos en el proceso del aprendizaje y el buen desempeño escolar.

La sintomatología que va a presentar el menor de edad puede presentarse durante las mañanas, cuando se despierta para ir al centro de estudio, y viendo que las manifestaciones desaparecen los fines de semana. La presentación de los síntomas físicos como dolor abdominal, cefalea, náuseas, dolor en piernas y palpitaciones. El trastorno afecta niños entre los 11-14 años, de edad, aunque puede observarse a partir de los 5 años. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI: pp. 39-46**).

- Evitación de asistir al centro educativo:

La situación actual del bullying en los centros de estudios y algunos estigmas de la sociedad han provocado un ambiente educativo pesado e incómodo para los niños, a tal punto que los menores de edad no quieren asistir a los centros de estudio por las constantes agresiones físicas o verbales, por parte de un niño un agresor lo somete todos los días. Estas agresiones indisponen al niño agredido y es por eso por lo que fingen enfermedades para no asistir a los centros de estudio. (María Ester Morales-Ramírez. Margarita Villalobos-Cordero. El impacto del bullying en el desarrollo integral y aprendizaje desde la perspectiva de los niños y niñas en edad preescolar y escolar. Revista Electrónica Educare. 8 vol. 21 SET-DIC, 2017: pp. 1-20).

El conocer el termino de bullying que es conocido también como hostigamiento, acoso escolar, o bien, matonismo escolar. La palabra “bully” es empleada para denominar a la persona que acosa a sus pares mediante su conducta. Se destaca que, para poder hacer frente al problema del acoso escolar como manifestación dañina de la agresividad, es fundamental asumir que estamos ante un comportamiento, una actitud agresiva, asociado a conductas violentas. (María Ester Morales-Ramírez. Margarita Villalobos-Cordero. El impacto del bullying en el desarrollo integral y aprendizaje desde la perspectiva de los niños y niñas en edad preescolar y escolar. Revista Electrónica Educare. 8 vol. 21 SET-DIC, 2017: pp. 1-20).

Diagnostico.

Para poder comprender las crisis de ansiedad, es necesario que podamos diferenciarla del miedo; en este caso el miedo es el estado cerebral desencadenado por una amenaza, estímulo que genera un esfuerzo para evadir la situación amenazante. La ansiedad es un estado muy similar al miedo, nada más que esta se presenta sin presencia del detonante que es un estímulo amenazante.

En los infantes de edades entre los cero y los dieciocho meses, es común que presenten manifestaciones de ansiedad ante las personas extrañas y ante la separación de las figuras de apego. Durante la etapa escolar, es frecuente que sufran lesiones físicas o acoso por parte de sus otros compañeros; muy frecuentemente las situaciones expuestas de bullying generan situaciones estresantes para los niños.

También suele presentarse miedo a ciertas situaciones sociales y ansiedad acerca de su competencia en diversas áreas educativas. Para realizar un diagnóstico de la crisis de ansiedad, debe existir deterioro del desempeño diario del paciente (escolar, familiar, social). Las conductas evitativas que se presentan se deben a la ansiedad; esta suele crear interferencia en el desempeño de los niños, ya que los hacen evadir muchas experiencias que sus pares disfrutan.

Al identificar los síntomas de ansiedad en un menor de edad, es necesario realizar una evaluación médica completa, la cual debe incluir entrevista (Historia Clínica) con el paciente, entrevista con uno de los padres del niño afectado (preferiblemente el padre con el que el niño comparte más tiempo); esto con la finalidad de que pueda informar sobre el comportamiento pasado y actual.

También es esencial evaluar los datos completos, incluidos los familiares (antecedentes heredofamiliares) por la influencia genética, valoración de la condición del desarrollo neurológico y valoración del entorno social (antecedentes personales no patológicos). Es importante saber que los trastornos de ansiedad, en este caso los de tipo pediátricos se van a diagnosticar de acuerdo con los criterios diagnósticos ya establecidos.

Los criterios utilizados para dar el diagnóstico crisis de ansiedad en pacientes pediátricos son los mismos que se usan en la población adulta, con muy pocas adaptaciones para los niños; en estos se promueve la identificación de factores de riesgo tempranos para la ansiedad crónica. Existen además una variedad de escalas para padres, niños y adolescentes, específicas para cada trastorno, que son valiosas como herramientas para dar diagnóstico clínico.

Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad generalizada.

Es necesario por parte del profesional de la salud descartar otras causas que sean responsables de la presentación los síntomas. Para establecer el diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad en los niños es difícil. Existen múltiples causas que pueden enmascarse como una crisis de ansiedad.

– Trastornos de naturaleza orgánica:

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causales de dolor precordial, mismo que puede aparecer en una crisis de ansiedad. Ya que la manifestación clínica de una crisis de ansiedad puede enmascarar o simular una patología cardíaca distractora, que hace perder el tiempo al personal de salud mientras evalúan síntomas y situaciones mediante estudios de gabinete.

Entre las patologías que entran en los diagnósticos diferenciales están (prolapso de válvula mitral, taquicardia supraventricular paroxística), feocromocitomas, trastornos de la glándula tiroides, enfermedad de Wilson, enfermedad de Cushing, hipoglucemia, vértigo o enfermedad vestibular, asma, tumores del sistema nervioso central y efectos adversos de determinados medicamentos (broncodilatadores, esteroides, teofilina, estimulantes alfa adrenérgicos o bloqueantes de los canales de calcio).

– Trastornos psicósomáticos:

La somatización, es considerada como una respuesta de supervivencia (ante la inquietud procedente de un conflicto psíquico). Va a manifestarse con un conjunto de características

clínicas y conductuales indicativas de que una persona está experimentando trastornos psicológicos a través de síntomas físicos (somáticos) que no pueden explicarse por los hallazgos patológicos, y cuya producción no se le atribuye a una enfermedad. (Sánchez BIM. Los trastornos psicosomáticos en el niño y el adolescente. MediSan. 2020;24(05):943-961).

Los trastornos psicosomáticos han sido denominados correlativamente como trastornos somatomorfos y conforman diversos cuadros clínicos que cursan con una característica común: la relevancia de síntomas somáticos propios del malestar psíquico y del deterioro significativo, que van desde dolores simples hasta dolencias funcionales invalidantes sin explicación en una condición patológica general. En algunos casos el consumo de sustancias ilícitas, la simulación u otra enfermedad mental presente en el paciente. (Sánchez BIM. Los trastornos psicosomáticos en el niño y el adolescente. MediSan. 2020;24(05):943-961).

Con referencia a lo anterior, en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales DSM-V, estos trastornos han sido acomodados en la categoría de "trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados", donde se agrupan los siguientes:

- Trastornos de síntomas somáticos.
- Trastorno de ansiedad por enfermedad (hipocondría).
- Trastorno de síntomas neurológicos funcionales o de conversión.
- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.
- Trastorno facticio (síndrome de Münchhausen).
- Otros trastornos por síntomas somáticos especificados y no especificados.

El inicio de la enfermedad psicosomática habitualmente se establece en la infancia. El niño, como paciente, no está exento de este tipo de trastorno, todo lo contrario, cuenta con una vulnerabilidad para somatizar, pues de esa manera representa su sufrimiento a través de un síntoma físico, generado ante situaciones conflictivas, y esta expresión somática es un pedido de ayuda ante la amenaza de ruptura de su equilibrio biopsicosocial. (Sánchez BIM. Los trastornos psicosomáticos en el niño y el adolescente. MediSan. 2020;24(05):943-961).

– **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):**

Generalmente los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, van a empezar a presentar en edades tempranas, los criterios antiguos mencionaban que antes de los 7 años y actualmente se dice que, en un rango más amplio, antes de los 12 años. (Fiorella Rusca-Jordán, Carla Cortez-Vergara. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev. Neuropsiquiatría. 2020; 83(3):148-156.)

Los síntomas cardinales que se van a presentar son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Sin embargo, hallamos dificultades en las funciones ejecutivas. Esto quiere decir, que va a existir dificultad para: atender a determinados estímulos; planificar y organizar una acción; recapacitar sobre los posibles resultados de cada acción; inhibir la primera respuesta automática para cambiarla por otra más apropiada.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad tiene un origen biológico y también existen varios factores etiológicos, de tipo genéticos y ambientales que contribuyen a su desarrollo. Es importante saber diferenciar al niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ya que va a ser un niño temerario, impulsivo y con bajo nivel de atención; mientras que el niño ansioso es cauteloso, temeroso y con nivel de atención adecuada.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ha sido estudiado por su origen biológico con estudios de neuroimágenes y mapeos genéticos; también se ha reconocido su impacto sobre el desarrollo social y académico del niño, así como su tendencia a la cronicidad. (Fiorella Rusca-Jordán, Carla Cortez-Vergara. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev. Neuropsiquiatría. 2020; 83(3):148-156.)

Epidemiología de los Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La prevalencia de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad va desde un 2% hasta un 12% de la población pediátrica mundial. (Fiorella Rusca-Jordán, Carla Cortez-Vergara. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev. Neuropsiquiatría. 2020; 83(3):148-156.)

Etiología de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

La causa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es multifactorial, es una confluencia de factores genéticos y ambientales. En cuanto a la herencia genética, se ve reflejado desde un 70 a 90% de los casos. Si un padre tiene trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el riesgo en el niño aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces. En un gemelo homocigoto (con idéntico material genético) el riesgo aumenta entre 12 y 16 veces.

Factores de riesgo de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

Los siguientes factores que predisponen el desarrollo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños van a ser:

- Exposición intrauterina a toxicomanías (tabaco o alcohol).
- Tratamiento farmacológico (benzodiazepinas o anticonvulsivantes).
- Prematuridad; bajo peso al nacer; complicaciones perinatales.
- Edad materna avanzada al momento del parto.
- Conflicto familiar severo o crónico: familia numerosa.
- Antecedentes psiquiátricos en padres; institucionalización; infra estimulación por un largo período de tiempo.
- Clase social baja.

Diagnóstico diferencial

Es importante mencionar que los síntomas cardinales pueden deberse a otras dificultades y a otros trastornos psiquiátricos, neurológicos, médicos e incluso dificultades sociales, por eso es importante realizar una historia clínica, que nos permita identificar una coherencia de síntomas en el tiempo y que se presenten con un impacto marcado en todas las áreas de funcionamiento del niño (social, familiar y académica). (Fiorella Rusca-Jordán, Carla Cortez-Vergara. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev. Neuropsiquiatría. 2020; 83(3):148-156.)

Manifestaciones clínicas de los Trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

Es importante distinguir que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la inatención, hiperactividad e impulsividad son esperables para la etapa evolutiva, nivel de desarrollo o coeficiente intelectual del niño. A medida que los niños crecen, todos los síntomas suelen ir disminuyendo, especialmente los de hiperactividad. (Fiorella Rusca-Jordán, Carla Cortez-Vergara. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev. Neuropsiquiatría. 2020; 83(3):148-156.)

Los síntomas cardinales se verán en la práctica de diversas formas. Mencionaremos las características más frecuentes para cada síntoma.

- Inatención: dificultad o discapacidad para mantener la atención en trabajos que no son motivadores para los menores de edad; olvidos, despistes, pérdidas de objetos; dificultad para seguir mandatos o instrucciones; dificultad para terminar labores sin supervisión; interrupción de conversaciones; cambios de tema de manera brusca; no atender a detalles como signos de operaciones matemáticas o enunciados; rendimiento inferior a su capacidad por cometer errores por descuido; cambio frecuente de juego; dificultad para organización y planificación; rechazo de tareas que exijan esfuerzo mental; distracción fácil ante estímulos externos.
- Hiperactividad: movimiento corporal incesante, cambios de postura al estar sentados, movimientos repetitivos en las piernas y en las manos; hacer ruidos con el lápiz o cualquier objeto que tenga en las manos; levantarse de su asiento a cada rato; correr en todo momento (esto le va a provocar accidentes frecuentes), reproducción de ruidos excesivos, hablar desmedidamente, apresurado y con tono alto.
- Impulsividad: Actúan sin pensar, responder antes que se termine la pregunta, problemas para entender enunciados largos; conflictos para esperar su turno; interrumpir conversaciones o los juegos de otros. (Fiorella Rusca-Jordán, Carla Cortez-Vergara. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev. Neuropsiquiatría. 2020; 83(3):148-156.)

– Trastornos psicóticos:

Es importante realizar una exhaustiva exploración del desarrollo cognitivo, desde los primeros meses de vida, con el fin de buscar algún tipo de anomalía a la hora del desarrollo mental del menor de edad. (Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición. Marzo 2020).

- Trastorno de personalidad esquizoide:

El trastorno esquizoide de la personalidad es una patología poco frecuente, en la que las personas van a tratar de evitar todo tipo de actividades sociales y van a tratar siempre de evitar todo tipo de interacciones con terceros. También van a mostrar un rango de expresión emocional limitado. En apariencia el paciente es considerado una persona solitaria o que trata despectivamente a otras personas.

Debido a que los pacientes tienen dificultad para manifestar o expresar emociones, es posible que dé la impresión de que no le importan las personas ni las situaciones que están ocurriendo a su alrededor. Se desconoce la procedencia inicial del trastorno esquizoide de la personalidad. (Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición. Marzo 2020).

Síntomas del trastorno esquizoide de la personalidad.

La sintomatología del trastorno esquizoide de la personalidad es muy probable que presente las siguientes características:

- ✓ El paciente prefiere estar solo y elige realizar actividades solo.
- ✓ No quiere entablar relaciones cercanas, ni disfruta de ellas.
- ✓ Se menosprecia en el caso de que desees mantener relaciones sexuales.
- ✓ Al paciente le resulta difícil expresar las emociones y reaccionar adecuadamente ante las situaciones
- ✓ Puede parecer indiferente o emocionalmente frío ante terceros.

- ✓ Parece que carece de motivación y objetivos.
- ✓ No reacciona ante los elogios o las críticas de terceros.

Por lo general, el trastorno esquizoide de la personalidad comienza en la adultez, pero algunas características pueden verse y advertirse durante la niñez. Estas características pueden hacer que tengas problemas para tener un buen desempeño en la escuela, a nivel social o en otras áreas de la vida. No obstante, muchas veces se puede confundir con los síntomas clásicos de una crisis de ansiedad.

Causas del trastorno esquizoide

La personalidad es la combinación de pensamientos, emociones y conductas que hacen único a cada ser. La personalidad se va a formar durante la etapa de la infancia y en ella incide la interacción de las tendencias heredadas y los factores del entorno. (Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición. Marzo 2020).

En un desarrollo normal, los niños aprenden a lo largo del tiempo a descifrar el entorno social y a responder en manera adecuada. Se desconoce la causa del trastorno esquizoide de la personalidad, no obstante, una mezcla de factores genéticos y ambientales, en particular, durante los primeros años de la infancia, puede desempeñar una función a la hora del desarrollo del trastorno. (Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición. Marzo 2020).

Factores de riesgo para desarrollar un trastorno esquizoide:

Entre los factores que aumentan el riesgo de tener trastorno esquizoide de la personalidad, se incluyen los siguientes:

- ✓ Tener padres que sufran trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad o esquizofrenia
- ✓ Tener padres despreocupados, negligentes o insensibles ante necesidades emocionales del menor.

Complicaciones del trastorno esquizoide.

Las personas con trastorno esquizoide de personalidad tienen alta probabilidad de llegar a padecer o tienen riesgo de presentar:

- ✓ Desarrollar trastorno esquizotípico de personalidad, esquizofrenia u otros trastornos delirantes.
- ✓ Trastornos de la personalidad múltiple.
- ✓ Trastornos de ansiedad.

Comorbilidades de las crisis de ansiedad.

La comorbilidad que puede aparecer en los trastornos de ansiedad es muy frecuente y a veces infradiagnosticada, esta descrita en la tabla #15. Sin embargo, esto va a agravar los síntomas y va a incrementar el detrimento académico, al punto de condicionar el tratamiento; por lo que son importantes tanto su prevención como su diagnóstico rápido y eficaz, ya que hay veces que por lo difícil que es atender a la población pediátrica puede haber síntomas ocultos.

Los trastornos comórbidos se benefician de un tratamiento específico. Estos se pueden presentar de manera transversal, ya que, si ocurren varios tipos de trastornos en un periodo corto de tiempo, o bien longitudinal, cuando estos trastornos se van a ir desarrollando en un período de tiempo más prolongado. (M. Pérez Pascual, P. Sánchez Mascaraque. Ansiedad en la infancia y adolescencia. *Pediatría integral*. Enero 2022, Vol. XXVI, pp. 40-47)

Tratamiento.

El tratamiento apenas se tenga el diagnóstico, para de prevenir problemas secundarios o cambios en la funcionalidad del paciente. Los estudios recomiendan darle un enfoque de tratamiento multimodal, que incluya la educación de los padres y controles frecuentes con psiquiatría, es necesaria la implementación de terapia familiar y el uso de la farmacoterapia. (M. Pérez Pascual, P. Sánchez Mascaraque. Ansiedad en la infancia y adolescencia. *Pediatría integral*. Enero 2022, Vol. XXVI, pp. 40-47)

Terapia cognitivo-conductual (TCC).

La terapia cognitiva conductual es la mediación psicoterapéutica en la que se habilidades para que pueda afrontar y adaptarse a las situaciones y que le permita desarrollar un sentido de control sobre sus síntomas ansiosos. Es considerada por la Academia Americana de Psiquiatría del Niño como la primera línea de tratamiento para los trastornos ansiosos leves.

Estas terapias emplean múltiples estrategias de intervención, como psicoeducación a los padres, entrenamientos específicos para tratar de llegar a un estado de relajación, consejería para la resolución de problemas, uso de tecnología con el fin de aplacar las crisis de ansiedad futuras, uso de música como efecto relajante.

Tratamiento farmacológico.

Cuando la sintomatología que presenta el menor de edad es considerada como moderada o severa; se observa que hay deterioro clínico que dificultará el manejo psicoterapéutico. Muchas veces los resultados obtenidos con la psicoterapia son parciales y se recomienda iniciar el uso de un tratamiento farmacológico específico para controlar las crisis de ansiedad.

Muchas veces se ha visto que el uso de fármacos antidepresivos se da en la mayoría de los niños que reciben tratamientos farmacológicos para un trastorno de ansiedad. Como terapia de primera línea se recomienda que el tratamiento sea utilizar un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), en lugar de otros tratamientos.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) y los antidepresivos tricíclicos han confirmado la eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad pediátricos. Debido a que se ha visto menos efectos secundarios que son tolerados en comparación con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, estos medicamentos generalmente se usan como segunda línea o tercera línea.

La fluoxetina, la sertralina y la fluvoxamina son los medicamentos de elección, tabla #16 y van a ser utilizados con éxito en los diferentes trastornos de ansiedad de inicio en la infancia (En un inicio son tolerados, con algunos efectos secundarios, que incluyen molestias gastrointestinales, cefalea, insomnio).

En el año 2004 la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), obligo a que las casas comerciales deben de incluir en las cajas de todos los fármacos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina, se coloque un recuadro que señale y advierta sobre sus posibles efectos secundarios conductuales en los niños.

Algunas recomendaciones válidas para la combinación de medicación con psicoterapia incluyen: severidad de la crisis ansiosa de moderado a grave, presencia de un trastorno comórbido que requiere tratamiento concomitante y respuesta parcial a la psicoterapia. (G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46**).

La edad recomendada para el uso de la fluoxetina es por encima de los 7 años, para el uso de la sertralina está indicado en mayores de 6 años, en mayores de 8 años se puede utilizar la fluvoxamina y el escitalopram en niños mayores de 12 años. También el uso de antidepresivos duales como la venlafaxina (37,5-150 mg/ día), la duloxetina (30-60 mg/ día) y la mirtazapina (15-30 mg/ día), indicados sólo en adolescentes y fuera de ficha técnica.

El uso de antidepresivos tricíclicos se deja como segunda línea de tratamiento por lo general, ya que hay pocos ensayos clínicos y la cantidad de efectos secundarios que pueden aparecer en los menores de edad con crisis de ansiedad por lo general, son más que si utilizan los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina.

En relación con el uso de benzodiacepinas, no están aprobadas por la FDA en población pediátrica, sin embargo, se usan con frecuencia en adolescentes con síntomas de ansiedad graves (P. Sánchez Mascaraque, Daniel S. Cohen. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental de Coslada. Hospital Universitario del Henares. Madrid. MIR Psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia. *Adolescere* 2020; **VIII: pp. 16-27**).

Efectos adversos.

Los riesgos asociados con el uso de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina o con el uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, para el tratamiento de la ansiedad pediátrica, se deben de calcular cuidadosamente frente a sus

beneficios potenciales cada vez que se considere el uso de estos medicamentos.

Los riesgos y beneficios deben de ser discutidos con los padres y el niño antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han visto asociados con eventos adversos psiquiátricos, como la desinhibición, agitación y hasta en el empeoramiento de los síntomas de ansiedad. (Kimberly Vidriero Leonte, PhD, Anthony Puliafico, PhD, Peter J. Na, MD, MPH, Moira A. Rynn, MD. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Wolters Klumer. UpToDate 2019)

Los efectos secundarios físicos que se van a presentar y son los más comunes, van a incluir cefaleas (dolores de cabeza), epigastralgias (malestar gástrico) y casos de insomnio (trastornos del sueño). Es por eso por lo que el inicio de la terapia farmacológica debe de colocarse en una balanza con los riesgos y beneficios asociados. (Kimberly Vidriero Leonte, PhD, Anthony Puliafico, PhD, Peter J. Na, MD, MPH, Moira A. Rynn, MD. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Wolters Klumer. UpToDate 2019)

Los efectos anticolinérgicos se van a presentar con frecuencia en niños y adolescentes que toman antidepresivos tricíclicos. Se ha visto que hay casos de xerostomía (boca seca) y el estreñimiento son comunes tanto en niños y adolescentes. Otras manifestaciones como visión borrosa y la retención urinaria se han encontrado con menos frecuencia en niños. (Kimberly Vidriero Leonte, PhD, Anthony Puliafico, PhD, Peter J. Na, MD, MPH, Moira A. Rynn, MD. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Wolters Klumer. UpToDate 2019)

También se han visto casos donde aparece irritabilidad en los menores de edad y ciertos tipos de ataques de ira, que van a ser son efectos adversos que son comunes en el uso de la imipramina. Los antidepresivos tricíclicos pueden provocar latidos cardíacos irregulares o rápidos en algunas personas. (Kimberly Vidriero Leonte, PhD, Anthony Puliafico, PhD, Peter J. Na, MD, MPH, Moira A. Rynn, MD. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Wolters Klumer. UpToDate 2019)

Antes de comenzar el tratamiento con un antidepresivo tricíclico, los niños deben de tener una valoración por el personal de cardiología, esto mediante una interconsulta. Esto es

importante porque nos permite ver si existe la posibilidad de riesgo cardíaco que consiste en un electrocardiograma inicial, signos vitales y análisis de laboratorio iniciales.

Si es el caso de que exista una anomalía cardíaca que le prohíba el uso de antidepresivos tricíclicos se puede recomendar el uso medicamentos alternativos, esto con el fin de evitar aumentar el riesgo cardíaco al que se puede ver expuesto el menor de edad por el uso de este tipo de medicación.

Los efectos adversos más comunes que pueden aparecer mientras el menor use como tratamiento benzodiazepinas, son somnolencia, irritabilidad y van a presentar un comportamiento de oposición. Estudios han demostrado que las benzodiazepinas pueden llegar a ser objeto de abuso, adicción y desviación. (Kimberly Vidriero Leonte, PhD, Anthony Puliafico, PhD, Peter J. Na, MD, MPH, Moira A. Rynn, MD. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Wolters Klumer. UpToDate 2019)

Es por eso por lo que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) recomendó que se le dé seguimiento al paciente durante las primeras semanas de tratamiento con antidepresivos esto para tratar de limitar la duración del tratamiento. La recomendación del seguimiento médico del caso es:

- Semanal durante las primeras cuatro semanas.
- Quincenal a partir del segundo mes.
- Mensualmente a partir del tercer mes (12 semanas después del inicio de la medicación)

Los pacientes deben ser vistos con más frecuencia que las visitas de mantenimiento mensuales si experimentan un aumento agudo de los síntomas o una disminución del funcionamiento, si se ajustan o cambian los medicamentos, o si el paciente experimenta pensamientos/comportamientos suicidas o consume alcohol o sustancias ilícitas. (Kimberly Vidriero Leonte, PhD, Anthony Puliafico, PhD, Peter J. Na, MD, MPH, Moira A. Rynn, MD. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Wolters Klumer. UpToDate 2019).

Complicaciones de las crisis de ansiedad.

Consecuencias físicas provocadas por la ansiedad.

Cuando una crisis provocada por un trastorno de ansiedad no se trata de la mejor manera puede llegar a producir una serie de secuelas físicas que pueden poner en riesgo la salud. Esos efectos inducidos por la ansiedad van a estar relacionados con sus propios síntomas. Es por eso por lo que síntomas como la taquicardia, los mareos o la dificultad para respirar, pueden dirigir al profesional de la salud hacia dónde se dirigen los efectos de las crisis de ansiedad.

El riesgo de llegar a padecer a largo plazo de patologías cardiovasculares, secuelas neurológicas y afectación pulmonar, si el trastorno de ansiedad no recibe el tratamiento indicado. Por eso se debe insistir en no ver a los trastornos de ansiedad como algo pasajero, ya que puede estar poniendo en riesgo la calidad de vida del paciente, en estos casos menores de edad, que al final les puede afectar su salud. (Consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos de Ansiedad. (2017, July 4). Centro de Psicología Avanzada. <https://centrodepsicologiaavanzada.com/consecuencias-fisicas-y-psicologicas-de-la-ansiedad>).

Todas estas secuelas de la ansiedad pueden ser evitadas si se trata de buena manera la ansiedad, ya que los efectos aparecen casi de inmediato. Las principales manifestaciones o secuelas por los trastornos de ansiedad pueden ser:

- Dolor de cabeza recurrente (Cefaleas).
- Mareos y vértigos.
- Problemas gastrointestinales.
- Presión arterial alta (Hipertensión).
- Problemas del sueño (Insomnio).
- Mialgias (Dolores musculares).
- Fatiga crónica.

- Trastornos alimenticios.

Consecuencias psicológicas de la ansiedad.

Si los efectos físicos provocados en la salud a causa de la ansiedad son de cuidado, las consecuencias psicológicas pueden llegar a un punto más grave. Ya que la aparición de síntomas como la inseguridad y el temor pueden llevar al menor a experimentar una situación de aislamiento social, a estar recluso en su casa paralizado por el miedo. No obstante, la principal consecuencia de un trastorno de ansiedad que no se trata de la mejor manera es la depresión. (Consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos de Ansiedad. (2017, July 4). Centro de Psicología Avanzada. <https://centrodepsicologiaavanzada.com/consecuencias-fisicas-y-psicologicas-de-la-ansiedad>).

La ansiedad puede provocar otros trastornos psicológicos en los menores de edad, también puede llevarlo a experimentar otros tipos de trastornos de ansiedad, menos habituales que la ansiedad generalizada, como el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de pánico o detonar en algún tipo de fobia específica. Todo ello implica un grave riesgo de afectar de gran manera la vida social, el desempeño escolar del menor y afectar el círculo familiar.

La ruptura de la relación del menor con el entorno de la sociedad, puede llevarlo a una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad, que iniciar con algún tipo de adicción. El uso de drogas, el consumo de alcohol o cualquier otro medio que le permita al menor evadir por un segundo sus crisis de ansiedad que tanto lo agobian al punto de pensar que no tiene salida, puede acabar destruyendo su vida entera. (Consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos de Ansiedad. (2017, July 4). Centro de Psicología Avanzada. <https://centrodepsicologiaavanzada.com/consecuencias-fisicas-y-psicologicas-de-la-ansiedad>).

Trastornos alimenticios.

La anorexia nerviosa es la patología psiquiátrica presenta los más altos índices de mortalidad. Esta se definirá como una relación exagerada del volumen y la forma del cuerpo, que conlleva a una búsqueda despiadada de la delgadez. Se caracteriza por el adelgazamiento

de forma voluntaria y de manera excesiva, por medio de una dieta altamente restrictiva.

La prevalencia de la anorexia nerviosa en adultos es de un 0.6% y esta ha ido en aumento en la población infantil. La edad pico de presentación de esta es a los 18 años, sin embargo, se presenta cada vez en edades más tempranas. Hay un aumento de forma progresiva en la incidencia y la alta morbimortalidad que conlleva el trastorno y esto se ha transformado en un tema de gran importancia que cualquier médico de atención primaria debe tener en cuenta a la hora valorar al paciente pediátrico.

Se considera que este tipo de trastorno viene siendo cada vez más frecuente de encontrar en la población infantil. Por esta razón, es necesario realizar una revisión de los aspectos relevantes del trastorno, enfocados en el diagnóstico y tratamiento en la población pediátrica. (María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) setiembre, 2019).

Epidemiología de los trastornos alimenticios provocados por ansiedad.

En la población pediátrica la anorexia nerviosa se presenta presentar clásicamente en niñas, con mayor prevalencia en raza blanca y clase socioeconómica superior a la media. Su prevalencia mundial es de 0.4%, en Estados Unidos se calcula una tasa de incidencia de 0,5 a 1%. El 90% de los diagnósticos se realizan en mujeres, y el 10% de la población femenina adolescente presentará un trastorno de alimentación. La edad promedio de presentación es de 12.3 años.

De acuerdo con la Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, la incidencia en adolescentes de anorexia nerviosa es de 1%, mientras la de bulimia nerviosa es de 2-4%, y de 5-10% los trastornos de conducta alimentaria atípicos. Un estudio realizado en Holanda del año 2005 al 2009 arroja una tasa de anorexia nerviosa de 20 por cada 100 000 en edades entre los 10 y 14 años, en comparación con una tasa de 100 por cada 100 000 entre los 15 y 19 años.

Según se ha visto, en las niñas al momento de iniciar ver sus cambios físicos debido a los cambios que se van a presentar durante sus primeros cambios fisiológicos durante desarrollo hormonal y la aparición de la Telarca, ya que este momento se considera el más vulnerable

parala menor, ya que se ve afectada la autopercepción de su imagen corporal. (María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) Setiembre 2019).

Esto se manifiesta porque las menores de edad llegan a confundir los cambios fisiológicos y aumento de tejido adiposo esperado en la mujer durante esta etapa con sobrepeso, es ahí donde pueden sufrir bullying o señalamientos por parte de sus compañeros y generarles una crisis de ansiedad, que al final como complicación puede llegar hasta un trastorno alimenticio.

Fisiopatología de los trastornos alimenticios.

El inicio de la enfermedad de la anorexia nerviosa no está bien demostrado, sin embargo, investigaciones han demostrado que podría estar asociado un factor genético, específicamente un locus del cromosoma 12. En la mayoría de los casos de anorexia nerviosa, que se van a dar en niños se identifica un factor predisponente relacionado a un factor precipitante que va a desencadenar este tipo de patología. (María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) Setiembre 2019).

La fisiopatología se ve principalmente mediada por los efectos biológicos del ayuno y desnutrición, como pérdida real de apetito, atonía gástrica, alteraciones del sueño, cansancio, debilidad, ansiedad y depresión. Esto provoca una inestabilidad a nivel de neurotransmisores, especialmente la serotonina y la dopamina, lo que explica una mayor incidencia en comorbilidades psiquiátricas, como ansiedad, depresión y trastorno obsesivo compulsivo.

A nivel endocrino, por culpa de la disminución del tejido adiposo e el hipoinsulinismo, se va desencadenar una disminución importante en la síntesis y secreción de leptina, esto conduce a una disfunción hipotalámica por afectación del pulso generador de hormona liberadora de gonadotropina, lo que afecta la secreción de LH y en algunos casos de FSH, lo que inhibe la función reproductora y culmina en amenorrea. (María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) Setiembre 2019).

En el caso de las poblaciones pediátricas femeninas, dichos síntomas pueden llegar a

manifestarse en un retraso de la aparición o el inicio de la menarca, lo que debe de indagarse bien a la hora de realizar la historia clínica y examen físico. Esto debe de tomarse en consideración a la hora final de unir todo y así dar el posible diagnóstico.

Manifestaciones clínicas de los trastornos alimenticios.

La característica principal de la anorexia nerviosa es la apreciación exagerada del tamaño y forma del cuerpo, o partes de este. Generalmente causado por la disminución de la ingesta alimentaria, asociado a síntomas propios de la pérdida de peso como astenia, adinamia y dificultad para concentrarse. El principal síntoma es la distorsión de su imagen corporal. El 60% de los pacientes presentan estreñimiento.

También es posible que se presente crecimiento del vello facial y en la mitad superior del cuerpo, lento crecimiento del cabello, alopecia, mareo, palpitaciones, lipotimias, sensación de plenitud y malestar posterior a la ingesta de alimentos, estreñimiento, manos y pies fríos. El síntoma central de la anorexia nerviosa, el cual se presenta de forma normativa en adultos, niños y adolescentes es la sobrevaluación de su forma corporal y su peso. (María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) Setiembre 2019).

Entre otros síntomas conductuales comunes en la anorexia nerviosa, observables en el examen mental, están la tendencia obsesiva a hacer actividad física excesiva, anhedonia, irritabilidad, estado depresivo, labilidad emocional, disminución en la concentración y la memoria. Además, es posible que sus familiares y/o conocidos reporten un desenvolvimiento social reducido. (María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) Setiembre 2019).

Historia clínica y examen físico, en sospecha de trastornos alimenticios.

A la hora de llegar a historiar a los padres del menor, hay indagar en los hábitos de ingesta alimentaria y de control de peso del paciente. Las conductas alarmantes para guiar el diagnóstico están una dieta restrictiva que a primera vista impresiona ser más saludable por la baja densidad calórica, consumo excesivo de agua, disminución del número de comidas o eliminación de algunos tiempos de comida, características obsesivo-compulsivas, aparente o

reportada irritabilidad y una adhesión rígida a ciertas normas con respecto a la alimentación.

En segundo lugar, además de historiar exhaustivamente a los padres del paciente hay que preguntar si el menor ha tenido crisis de ansiedad causadas por situaciones de bullying en su centro de estudio, ya que, si el menor sufre de abuso emocional causado por comentarios de su peso, pueden llevar a padecer o provocar la aparición de un trastorno alimenticio.

Es por esto por lo que el profesional de la salud debe de realizar el examen físico de manera completa en busca de signos como:

- ✓ Aspecto delgado o caquéctico.
- ✓ Peso bajo y decreciente.
- ✓ Temperatura menor a 35,5 grados.
- ✓ Frecuencia cardíaca menor a 60 latidos por minuto.
- ✓ Hipotensión arterial.
- ✓ Pulso diferencial ortostático mayor a 25 latidos por minuto.
- ✓ Respuesta psicomotora lenta.
- ✓ Piel seca.
- ✓ Aumento de los folículos pilosos, crecimiento de vello tipo lanugo en cara y tronco.
- ✓ Pérdida del cabello principalmente en región parietal.
- ✓ Abdomen escafoide.
- ✓ Acrocianosis (Coloración persistente eritrocianótica de manos y pies, de patrón moteado)
- ✓ Llenado capilar lento.
- ✓ Edema maleolar.
- ✓ Pérdida del tejido muscular, subcutáneo y adiposo.
- ✓ Aspecto deprimido y ansioso.

Diagnóstico

El diagnóstico de anorexia nerviosa se va a realizar por medio de los criterios de clasificación establecidos por el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales - DSM V. No obstante, al no contar con criterios diagnósticos particulares para la población pediátrica, en muchos casos no se cumplen a cabalidad los criterios del trastorno típico de anorexia

nerviosa, por lo que en estos casos se suele clasificar como anorexia nerviosa atípica. (María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) Setiembre 2019).

La diferencia de la anorexia típica, por cumplir todos los criterios, a excepción del bajo peso. Los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa típica son:

- ✓ Restricción calórica que resulta en bajo peso.
- ✓ Miedo intenso a subir de peso o comportamiento persistente que interfiere con aumento de peso, a pesar de un peso significativamente bajo.
- ✓ Perturbación de la autopercepción corporal.

El manual diagnóstico divide la anorexia nerviosa en dos subtipos: restrictiva y purgativa. La forma restrictiva se da la pérdida de peso a través de dieta, ayuno o ejercicio excesivo. El subtipo purgativo se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida y conductas purgativas como vómitos inducidos, uso de diuréticos, laxantes o enemas.

Además, se deben tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial otros trastornos psiquiátricos como el trastorno de la ansiedad, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, abuso de sustancias, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo. (María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) Setiembre 2019).

Crisis de ansiedad en tiempos de COVID.

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad del COVID-19, ha hecho que las autoridades sanitarias de cada país hayan interpuestos métodos y medidas de salud pública, tales como el cierre de locales comerciales, centros educativos, áreas recreativas y ha obligado a la población al confinamiento domiciliario con el fin de evitar la propagación de la enfermedad dentro de cada país. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Es por esto por lo que el aislamiento de las personas tuvo bastantes repercusiones negativas sobre su salud mental y física de las personas. Si hablamos de los menores de edad, se observa un desarrollo social afectado por el cierre de los centros educativos, ya que esto provocó la limitación de las relaciones con sus iguales, la clausura de espacios deportivos o parques recreativos generó una imposibilidad de realizar actividad física en el exterior y la suma de todo esto generó la pérdida de hábitos saludables de vida.

La pandemia provocada por la enfermedad del COVID-19 se asoció a un incremento de los factores de riesgo psicosociales, como son el aislamiento y la violencia intrafamiliar, aumento de la pobreza por el cierre o pérdida de trabajos que generaban fuentes de ingreso económico, el hacinamiento y el abuso descontrolado de nuevas tecnologías. Muchos de estos generaron aumento de la sintomatología ansiosa, depresiva y postraumática en la población en especial la infanto-juvenil. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

La propuesta de las autoridades sanitarias es incentivar medidas de prevención en el ámbito familiar, como la comunicación asertiva y positiva, la promoción de hábitos alimenticios saludables. Muchos no analizaron la necesidad de reforzar la accesibilidad a una red especializada en salud mental. Se debieron diseñar y generar estrategias de protección de la población infanto-juvenil en el contexto de la actual crisis sanitaria.

Es por esto por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró situación de pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 (causante de la enfermedad del COVID-19) en marzo del año 2020. Esta enfermedad se ha originado en el país de China en la provincia de Wuhan y ha tenido una extensión rápida por todo el mundo. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Por tanto, los gobiernos de muchos países se vieron obligados a establecer medidas drásticas para proteger la salud pública de su población. Durante la situación actual de pandemia por COVID-19, se estima que 1.38 billones de niños permanecieron sin un sistema de escolarización presencial debido al cierre de los centros educativos y guarderías. Para no perder tiempo implementaron el sistema de educación virtual a través de plataformas tecnológicas.

El cierre de los centros educativos y el confinamiento domiciliario prolongado por muchos meses, generaron cambios importantes en las rutinas y hábitos de vida de los niños que, unidos a los factores estresantes intrínsecos a la vivencia provocados por una emergencia sanitaria de tal calibre (miedo al contagio, duelos y pérdidas de seres queridos, disminución de los ingresos económicos de las familias), esto puede influir negativamente en la salud mental. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Es por esto por lo que, durante el tiempo de confinamiento, muchos padres intentaron compaginar sus obligaciones por medio del teletrabajo, con el cuidado de los hijos y la supervisión en tareas académicas, adoptando una postura de un educador en casa sin tener la más mínima educación y conocimiento para desarrollar esta labor y muchas veces sin la ayuda de otros cuidadores.

La dificultad en la convivencia aumento en aquellas viviendas donde el tamaño es reducido o cuentan con muchos miembros y tienen una alta tasa de ocupación. El aislamiento domiciliario creó niños vulnerables en entornos desestructurados, obligándolos a no tener otro contacto social más allá de su familia, esto fue aumentando la posibilidad de casos de abuso infantil y negligencia en el cuidado.

Varios estudios publicados han hecho énfasis en los efectos provocados a nivel mental por culpa del aislamiento sanitario que han tenido que vivir los niños, por las restricciones sanitarias en China. Como resultado de estos métodos de protección que fueron adoptados por el gobierno ante la pandemia por el SARS-CoV-2 que inicio en la ciudad de Wuhan; especialmente, el confinamiento domiciliario. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Por otro lado, los niños estuvieron expuestos a información delicada sobre la pandemia en los medios de comunicación y redes sociales. Viendo todos los días el aumento de los casos, así como la alta tasa de defunciones diarias, al punto de enterarse que 42 personas perdieron la vida en un solo día por culpa de esta enfermedad. Todo esto los llevo a convivir con el estrés y la situación de confinamiento donde estaban apartados de sus compañeros en los centros de estudio. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

A la vez, los menores de edad fueron experimentando cambios muy importantes y significativos en su rutina diaria y en su ámbito social, estos cambios son a su vez factores básicos para incentivar o aumentar la capacidad de adaptación ante estos acontecimientos de tipo traumático. Resulta necesario considerar las evidencias sobre la afectación de la salud mental de la población infanto-juvenil a causa de la pandemia de COVID-19.

Se ha determinado el impacto psicológico provocado por la pandemia y su norma de confinamiento, determinado por la afectación en la salud mental de la población infanto-juvenil. Las consecuencias de las medidas impuestas por el gobierno con motivo de afrontar la pandemia por la enfermedad COVID-19, provocaron afecciones y alteraciones en la salud mental de los niños. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Trastorno por Estrés Postraumático provocado por la pandemia.

Los desastres naturales se encuentran dentro de los eventos con potencial efecto traumático descritos por la Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5). Las epidemias, son consideradas una forma de desastre natural, ya que conllevan experiencias generalizadas y compartidas de amenaza para la vida propia y de los que nos rodean.

Los menores de edad que están expuestos a un evento traumático, como puede ser una epidemia, van a desarrollar síntomas de trastorno por estrés postraumático. Asimismo, es habitual que los individuos que han sufrido físicamente a causa de emergencias de salud pública desarrollen algún grado de Trastorno. Las medidas de salud pública tomadas para frenar las epidemias pueden también tener un efecto traumatizante en la población. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

En situaciones de epidemias, los niños que habían sido aislados (cuarentena) llegaron a presentar en las escalas de estrés postraumático puntuaciones cuatro veces superiores a aquellos que no han sido aislados por cuarentena. La epidemia por el virus SARS que afectó a China entre noviembre 2002 y julio 2003 provocó repercusiones en la población, con efectos traumáticos en las familias de los fallecidos a causa de la enfermedad. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Un estudio relacionado con los factores estresores relacionados con el virus de SARS, señaló el impacto psicológico de la epidemia en la población que no se vio afectada o contaminada por la enfermedad. Las epidemias conllevan un incremento en el número de fallecidos a nivel poblacional y muchas veces implican la exposición a etapas de duelo y los niños no están preparados para afrontar estas situaciones. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-

7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Durante la pandemia por la gripe A (H1N1) en el año 2009 se impusieron medidas sanitarias de salud pública semejantes a las que fueron implementadas en relación con la pandemia de la enfermedad COVID-19. Ya que obligó la creación de protocolos de higiene en el entorno social e, incluso, a cierres generalizados de escuelas para favorecer el distanciamiento social y disminuir así la curva de contagios.

Las implicaciones sociales provocadas por la interrupción del curso lectivo, afectó los procesos de escolarización (afectación en el nivel educativo, aislamiento social, empobrecimiento dietético en niños que hacían uso del comedor escolar, sedentarismo). Muchos niños tuvieron dificultades para poder adecuarse al método de enseñanza virtual, ya que las familias contaban con limitaciones para poder tener acceso a internet, entre otras. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Ansiedad y depresión en tiempos de COVID.

Un estudio realizado sobre población infantil en China señala que el 22,6% de los estudiantes han presentado síntomas ansioso-depresivos durante el tiempo de la pandemia de COVID-19, una cifra superior a los estudios previos (antes de la pandemia) realizados sobre escuelas de Educación Primaria (17,2%). Un incremento de un 5,4%, considerando la densidad de población que existe en ese país. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

En este estudio, relacionan la presencia de síntomas ansioso-depresivos con una reducción de la interacción social por parte de los niños y su desempeño en las actividades fuera del hogar). Las epidemias de enfermedades infecciosas van a generar miedo en la población y esto se va a ver reflejado con un aumento extendido de síntomas por patología ansiosa. Un estudio en la población china encontró elevados niveles de ansiedad en relación con la posibilidad de

contagiar a los familiares, y no tanto respecto a padecer la enfermedad.

La población infantil se ha visto poco afectada por la enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV-2, siendo la forma asintomática la mayoría de los casos. No obstante, la experiencia de sentirse bajo amenaza para los menores de edad se ha hecho presente con el fallecimiento de seres queridos, la separación de miembros de la familia causado por el aislamiento y la alteración de sus formas de vida habituales.

En los niños por su corta edad y la inexperiencia de verse sometidos a un periodo pandémico, van a tener dificultades añadidas, ya que su necesidad de cuidados imposibilita cumplir la orden de aislamiento social tras el contagio de COVID-19, en caso de ser requerirlo por ellos ser portadores del virus o sus figuras cuidadoras, que lo convertirían en positivo por nexo epidemiológico. (R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44).

Se ha descubierto que los menores de edad que han sido aislados junto con su núcleo familiar han padecido una menor repercusión psicológica, que aquellos menores que si han sido separados de sus cuidadores principales, bien por haber contraído la infección y estar ingresados en un centro hospitalario por manifestar la enfermedad o por permanecer aislados en cuarentena domiciliaria.

Pruebas para la detección del virus SARS-CoV-2 en menores de edad.

El objetivo del procedimiento es obtener células superficiales del epitelio respiratorio que presenten el virus. Se retira el hisopo del empaque y se le indica al padre que incline ligeramente hacia atrás la cabeza del menor de edad, de manera que las fosas nasales sean más accesibles. (Carmelo MORALES-ANGULO; Rocío GONZÁLEZ-ZUBIZARRETA; Gema MARTIN-TOCA; Al-mudena RAMÍREZ BONILLA; Mónica GOZALO MARGÜELLO; Ana RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ. TOMA DE MUESTRAS NASOFARÍNGEAS PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19. Ediciones Universidad de Salamanca. Mayo de 2020)

El terapeuta respiratorio le indica que sostenga fuerte al menor para que no trate de esquivar

o quitar la cabeza a la hora de la prueba. (Carmelo MORALES-ANGULO; Rocío GONZÁLEZ-ZUBIZARRETA; Gema MARTIN-TOCA; Al-mudena RAMÍREZ BONILLA; Mónica GOZALO MARGÜELLO; Ana RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ. TOMA DE MUESTRAS NASOFARÍNGEAS PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19. Ediciones Universidad de Salamanca. Mayo de 2020)

Se inserta suavemente el hisopo por el suelo de la fosa nasal, con la intención de hacer menos traumático el momento de la prueba. Posteriormente se retira suavemente al mismo tiempo que lo giramos para recoger la muestra. (Carmelo MORALES-ANGULO; Rocío GONZÁLEZ-ZUBIZARRETA; Gema MARTIN-TOCA; Al-mudena RAMÍREZ BONILLA; Mónica GOZALO MARGÜELLO; Ana RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ. TOMA DE MUESTRAS NASOFARÍNGEAS PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19. Ediciones Universidad de Salamanca. Mayo de 2020).

Este tipo de procedimiento puede detonar una crisis de ansiedad en los niños, ya que el padre utiliza fuerza desmedida para tratar de contener la resistencia del menor y así poder obtener un resultado. En tiempos de pandemia, se realizaron muchas pruebas a pacientes pediátricos que presentaban algún síntoma que podía ser asociado a la enfermedad del COVID-19. Muchas pruebas fueron negativas, pero la exposición al trauma de la prueba sí se dio. (Carmelo MORALES-ANGULO; Rocío GONZÁLEZ-ZUBIZARRETA; Gema MARTIN-TOCA; Al-mudena RAMÍREZ BONILLA; Mónica GOZALO MARGÜELLO; Ana RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ. TOMA DE MUESTRAS NASOFARÍNGEAS PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19. Ediciones Universidad de Salamanca. Mayo de 2020).

Posibles complicaciones que pueden presentar los niños en un servicio de emergencias:

Las infecciones nosocomiales son aquellos procesos infecciosos transmisibles que se van a presentar después de las primeras 48 horas de estar en un centro de salud y que no estaba presente ni en período de incubación al momento de llegar a consultar por otra patología. Se van a definir como: “Las infecciones adquiridas por un paciente durante su consulta o tratamiento en un centro de salud, posterior a las 48 horas de estar en un hospital” (Centro de

Control y Prevención de Enfermedades).

Las infecciones nosocomiales son importantes debido a que contribuyen a la prolongación del tiempo de estancia en un centro de salud, ya que aumentan la morbilidad y mortalidad, también van a provocar discapacidad a largo plazo, mayor resistencia bacteriana a los tratamientos antibióticos, induciendo a un incremento de los costos económicos para los sistemas de salud y sus familias.

Todos los pacientes que ingresan a consultar a un centro de salud, independientemente de su grupo etario van a estar expuestos al riesgo de adquirir una infección nosocomial, sin embargo, la población pediátrica es la que es más susceptible, esto debido a la inmadurez del sistema inmunológico. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019).

Dentro de la población pediátrica, el recién nacido es el más vulnerable, por su deficiencia inmunológica inversamente proporcional a su edad gestacional, seguido por el grupo de pacientes lactantes (2-24 meses), con una incidencia promedio de 25/100 egresos hospitalarios. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019).

La producción normal de anticuerpos y el mantenimiento de la respuesta inmunológica está determinada por el estado nutricional de los pacientes, este va a ser un factor importante dentro de las unidades de protección del cuerpo humano, aun cuando el estado inmune se encuentre perfectamente conservado. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019)

El riesgo de padecer una enfermedad e incluso llegar a morir por culpa de una infección que fue contraída en un centro de salud, en algo que no está estrechamente relacionado con el motivo de ingreso a consultar al centro de salud, es algo que se debe de mantener presente a la hora de brindar consulta.

Epidemiología de las infecciones nosocomiales:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un estudio en el que incluyó 55 hospitales de 14 países representativos de 4 regiones (Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental) mostró un promedio de 8.7% de prevalencia de infecciones nosocomiales. El Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales de España (EPINE) en su boletín del 2019 informó que el 8% de los pacientes presentaron alguna infección asociada a los cuidados de la salud, cifra similar a la reportada en Estados Unidos. En América Latina, países como México determinan porcentajes de alrededor del 10%.

Clasificación:

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y el National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) establecen las siguientes definiciones:

- ✓ Sepsis nosocomial: síndrome de respuesta sistémica secundario a foco infeccioso adquirido en un centro de salud, caracterizado por manifestaciones clínicas, hemodinámicas, hematológicas, bioquímicas e inflamatorias.
- ✓ Neumonía nosocomial: infección que afecta al parénquima pulmonar, se basa en criterios clínicos y / o radiológicos:
 - Opacidades radiológicas recientes o progresivas del parénquima pulmonar.
 - Esputo purulento.
 - Fiebre de iniciación reciente.

El diagnóstico es más específico cuando se obtienen muestras microbiológicas por broncoscopia. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019).

- ✓ Infección de herida quirúrgica: secreción purulenta alrededor de la herida o del sitio quirúrgico que puede estar asociado al aislamiento de microorganismos en un cultivo obtenido asépticamente con signos de inflamación localizada: rubor, calor, dolor y tumor; o el diagnóstico de infección establecido por el cirujano a cargo. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019)

- ✓ Infección del tracto urinario (ITU) nosocomial: se define según criterios microbiológicos: cultivo cuantitativo de orina con resultado positivo (mayor a 100000 UFC o microorganismos/ml en pacientes sin catéter urinario o mayor a 10000 UFC con catéter urinario).

Factores asociados a las infecciones nosocomiales:

Existen diversos factores de riesgo que van a estar asociados a la presencia o aparición de las infecciones nosocomiales, entre los principales podemos definir:

- Edad: Representan un riesgo para todo paciente hospitalizado, sin embargo, la edad pediátrica tiene estrecha relación por su grado de madurez inmunológica y la experiencia previa con algunos microorganismos. El recién nacido es el más susceptible debido a su deficiencia inmunológica, seguido por los lactantes (2-24 meses), con una incidencia promedio de 25/100 egresos. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019).
- Estado Nutricional: Un estado nutricional óptimo va a ser el responsable de que exista una respuesta inmunológica óptima y corresponde un mecanismo protector del huésped, por tanto, la malnutrición no solo condiciona otro tipo de enfermedades, sino lo vuelven más susceptible a cualquier tipo de infección. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019)
- Diagnóstico de ingreso: la aparición de la IN está relacionada con el estado del paciente a su ingreso, la enfermedad base y gravedad de esta. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019)
- Lugar de internamiento: En un estudio multicéntrico en 20 Hospitales Pediátricos en 8 países de Europa, describe la prevalencia en las Unidades de Cuidados Intensivos de 24%, en contraposición con aquellos pacientes que están ingresados en un servicio de emergencia en donde fue de 2.6%. (Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019)
- Tiempo de hospitalización: La cantidad de tiempo que el paciente este en un centro de salud, va a ser proporcional al riesgo de contraer una infección nosocomial.

(Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA.
OCTUBRE 2019)

Prevención de las infecciones hospitalarias.

Los microorganismos patógenos hospitalarios tienen reservorios y van a ser transmitidos casi siempre por vías predecibles. Estos van a necesitar de un hospedador predispuesto y existen ciertas características que permiten la implementación de una serie de estrategias de supervisión y prevención. (Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998. Farreras-Rozman: 2000).

- ✓ Supervisión: consiste en revisar los resultados de los análisis microbiológicos, supervisar el pabellón de enfermería y utilizar otros mecanismos para vigilar las infecciones que se adquieren después del ingreso hospitalario. (Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998. Farreras-Rozman: 2000).
- ✓ Medidas de prevención y contención: la medida aislada más importante para prevenir las infecciones cruzadas es lavarse las manos. – En los médicos y enfermeras, el lavado de manos tiene una tasa muy reducida, menor de 50%. (Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998. Farreras-Rozman: 2000).
- ✓ Técnicas de aislamiento: el aislamiento de los pacientes contagiosos o de los pacientes con sospecha de portar un patógeno infeccioso, va a constituir un componente para contener infecciones. Existen precauciones habituales como el lavado de manos y el uso de cubrebocas. También hay normas basadas en la transmisión, para evitar transmitir la enfermedad de los pacientes con un síndrome contagioso. (Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998. Farreras-Rozman: 2000).

Uso de terapias alternativas:

En los menores de edad, es importante que a temprana edad sean participes de actividades extracurriculares, ya sea actividades deportivas como la natación o algún deporte al aire libre como el ciclismo o cualquier actividad que sea accesible; ya que les va a servir de ayuda para liberar las cargas de estrés acumulado durante su estancia y participación en los centros de

formación académica.

La aplicación de este tipo de terapias alternativas trata de buscar una disminución o evitar completamente el uso de tratamientos farmacológicos en los niños. Musicoterapia, arte y dibujo, baile, robótica entre otros.

- **Psicoterapia**

Existen diversos tipos de psicoterapia que alcanzan a ser útiles para el manejo de las crisis de ansiedad. Un tipo de terapia común y efectiva es la terapia cognitiva del comportamiento (TCC). La terapia cognitiva del comportamiento puede ayudar a los menores de edad a comprender la relación entre los pensamientos, comportamientos y los síntomas que está presentando el niño. (Trastorno de ansiedad generalizada en niños. (n.d.). Medlineplus.gov. Retrieved May 8, 2022. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007687.htm>)

A menudo, la terapia cognitiva del comportamiento va a implicar un cierto número de terapias o visitas con un especialista. Con la ayuda de un especialista, los menores pueden:

- ✓ Le va a ayudar a comprender y a poder retomar el control de todas las visiones distorsionadas, provocadas por los factores de estrés, tales como las experiencias de vida y el comportamiento de otras personas.
- ✓ Le va a enseñar a reconocer y a poder reemplazar los pensamientos que le van a generar pánico, para poder ayudarle a sentir que tiene todo bajo control.
- ✓ Brindarle técnicas para poder manejar el estrés y relajarse cuando ocurran los síntomas
- ✓ Evitar creer que problemas menores van a empeorar.

La psicoterapia va a ser de gran ayuda para los menores de edad que han desarrollado o iniciado con las crisis de ansiedad. Ya que les brinda herramientas para poder afrontar las manifestaciones clínicas que son molestas para desarrollarse en su entorno educativo y social. (Trastorno de ansiedad generalizada en niños. (n.d.). Medlineplus.gov. Retrieved May 8, 2022. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007687.htm>)

- **Musicoterapia**

Como su nombre lo indica, la musicoterapia es la utilización de la música o de los elementos musicales (sonido, ritmo y melodías). Este tipo de terapia puede ayudar a un paciente que presentan una crisis de ansiedad, dado que la finalidad es crear un proceso para facilitar y promover la comunicación, la expresión y otros objetivos terapéuticos con el fin de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas de los niños.

La musicoterapia trata de desarrollar funciones potenciales del niño para que pueda lograr una integración personal en el entorno psicosocial y, por consiguiente, una mejor calidad de vida gracias a un proceso terapéutico de prevención o rehabilitación. (Bernabéu Pozo Jennifer; Terapia ocupacional y Musicoterapia en los trastornos de ansiedad infantil "Un nuevo enfoque de intervención").

Un terapeuta especializado y formado con conocimientos de musicoterapia puede actuar sobre los síntomas de la ansiedad, mejorando su capacidad de memoria al recordar las letras, mejorando su atención, concentración, fomentar la búsqueda de sus emociones y favorecer su expresión. (World Federation of Music therapy (WFMT)).

Es por eso que, con el uso terapéutico de la música en los menores de edad, se puede ayudar a favorecer a mejorar el aspecto físico y psíquico de los niños, esto porque, según diversos estudios desarrollados, se sabe que todo tipo de sonidos puede llegar a abrir los diferentes canales de comunicación que se van a poder encontrar y permite acceder a los sentimientos, emociones o deseos no demostrados. (World Federation of Music therapy (WFMT)).

Es por eso por lo que la búsqueda de un terapeuta especializado y que tenga amplio conocimiento en el área de la musicoterapia, puede ayudar a que el menor de edad pueda actuar sobre los síntomas de ansiedad mejorando su capacidad de memoria al recordar las letras de atención, concentración y fomentar la búsqueda de sus emociones para favorecer su expresión a la hora de afrontar una crisis de ansiedad. (Bernabéu Pozo Jennifer; Terapia ocupacional y Musicoterapia en los trastornos de ansiedad infantil "Un nuevo enfoque de intervención").

Además, al actuar sobre áreas del desarrollo, se estimula el proceso integral de maduración nerviosa a nivel cerebral, la creatividad del niño en la búsqueda de resolución de problemas y en otras actividades diarias, potenciando así el nivel de relajación del pequeño. (Bernabéu Pozo

Jennifer; Terapia ocupacional y Musicoterapia en los trastornos de ansiedad infantil "Un nuevo enfoque de intervención").

Las sesiones con el profesional en musicoterapia, deben ser ordenadas, ya que esto ayuda al niño a sentirse cómodo. Es por eso, que cada terapia se va a dividir en tres partes; la primera iniciará con una canción de bienvenida o un juego de adaptación. La segunda tendrá diversas actividades musicales, y, por último, la tercera terminará con una canción de despedida mezclada con una actividad de relajación, donde se preparará al niño para afrontar adecuadamente una nueva situación. (Bernabéu Pozo Jennifer; Terapia ocupacional y Musicoterapia en los trastornos de ansiedad infantil "Un nuevo enfoque de intervención").

Es recomendable que estas terapias se lleven a cabo con sesiones individuales, las cuales van a buscar ayudar al menor a:

1. Mejorar el autocontrol y poner en práctica la relajación.
2. Fomentarle y estimular al menor para que pueda adquirir nuevas habilidades y medios de expresión emocional.
3. Mejorar la capacidad de concentración y estimular la memoria.
4. Tener plan de destrezas para la resolución de conflictos.

Una vez que el menor adquiera destrezas y tenga capacidad de autocontrol, es necesario que lo ponga a prueba en un entorno controlado. Y para esto es necesario que el niño asista a sesiones grupales, donde va a poner en práctica a nivel grupal lo que ha aprendido en las sesiones individuales con el terapeuta, para esto se plantearán algunos desafíos y objetivos como:

1. Promover prácticas sociales y de comunicación.
2. Seguir y acatar instrucciones es tan importante como cooperar con los demás. Parte de la enseñanza es que tenga paciencia para esperar su turno.
3. Perfeccionar la afectividad y mejorar la conducta, así va a aumentar los niveles de confianza y seguridad en sí mismo, lo que aumentará la autoestima en sí mismo.

La combinación los puntos antes mencionados, plantea como plan final la reducción en los niveles de estrés y así disminuir las posibles crisis de ansiedad en el niño. Esto va a mejorar

el estado de ánimo, mejorando su calidad de vida, en el ámbito social y en el área educativa. Cada sesión debe tener una duración de 30 minutos, dos veces por semana, con el fin de que pueda disminuir los niveles de ansiedad. (Bernabéu Pozo Jennifer; Terapia ocupacional y Musicoterapia en los trastornos de ansiedad infantil "Un nuevo enfoque de intervención").

- **Ejercicio Físico**

La realización de ejercicio físico indicado por un profesional de la salud va a tratar de crear un papel positivo en los pacientes, ya que ayuda a la disminución en los niveles de ansiedad en los menores de edad. Si bien es cierto la población pediatría en la actualidad es más sedentaria y esto es provocado al aumento desproporcionado del uso de tecnologías, que atrapan a los menores de edad por horas.

Es necesario que los niños liberen tensiones en deportes que sean de su agrado; deportes como natación, fútbol, atletismo, danza entre otros, van a permitir que los niños desarrollen conductas deportivas y logren crear vínculos sociales con nuevos compañeros. (Elsevier 2014; Bibiana Iglesias Martínez, Inés Olaya Velázquez. Prevalencia de realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión).

El compromiso y el desarrollo de nuevas destrezas por parte de los menores de edad a la hora de hacer algún tipo de deporte, va a mejorar la capacidad de atención, la sociabilidad con otros menores, la creación de una disciplina y a su vez el desarrollo de una capacidad mejor para afrontar nuevos retos que podrían servirle de ayuda para afrontar las crisis de ansiedad; es por esto por lo que hay diferentes ejercicios que podrían ayudar. (**Tabla #17**).

La determinación sobre qué tipo de ejercicio es mejor para cada situación; depende de los gustos del menor, valorando la formación de una disciplina y un ambiente óptimo para que el nuevo pueda generar un entorno y un vínculo social. (Revista Cubana de investigaciones Biomédicas. Relación entre ansiedad y ejercicio físico. **2017;36 (2): pp169-177**).

Los beneficios de ejercicio físico no solo son buenos para el área psicológica, sino que la práctica deportiva, porque va a incidir en el sistema nervioso autónomo (SNA), y va a preparar de una mejor manera al menor ante los estímulos del medio que lo rodea ante un estímulo que

le pueda causar una crisis de ansiedad.

Un estudio en el que se comprobó que el ejercicio aeróbico que sea realizado de manera regular ayuda a disminuir a presión sanguínea de la persona y mejora la frecuencia cardíaca en situaciones de estrés. (Revista Cubana de investigaciones Biomédicas. Relación entre ansiedad y ejercicio físico. **2017;36 (2): pp.169-177**).

Diseño y estructura del área de atención para niños con crisis de ansiedad.

La arquitectura interior de un centro de salud juega un papel significativo en la calidad del ambiente hospitalario. El color que tenga y los materiales de cada área en específico, así como la iluminación y los muebles. Estos son los factores que nos van a ayudar a crear un buen espacio interior. (Nazanin Rahimi, Amir Masoud Dabagh. Estudio del efecto mental del color en la arquitectura interior de los espacios de hospital y su efecto sobre la tranquilidad del paciente. Revista científica del Amazonas. Volumen 1. Enero - junio 2018).

El estudio es de gran importancia para la creación o modificación de los espacios de abordaje terapéutico. Cuando un paciente acude en busca de ayuda a un centro de salud, que se encuentra en condiciones desfavorables y por lo tanto busca reducir su padecimiento, en este caso una crisis de ansiedad. (Nazanin Rahimi, Amir Masoud Dabagh. Estudio del efecto mental del color en la arquitectura interior de los espacios de hospital y su efecto sobre la tranquilidad del paciente. Revista científica del Amazonas. Volumen 1. Enero - junio 2018).

Psicología ambiental.

El medio ambiente es un espacio que rodea a los seres humanos. Muchos lo consideran un espacio limitado y sensible para el ser humano. Por lo tanto, es necesario contar con un entorno previsto, adecuado para el manejo de los pacientes que presentan una crisis de ansiedad. El espacio se compone de materiales físicos y de personal calificado para poder dar abordaje a estas patologías psiquiátricas.

Uso de colores específicos.

La definición más puntual de lo que va a significar la palabra color es, una reflexión visual que crea mediante el paso o la difusión o el reflejo de la combinación de colores de que se ven reflejadas en las cosas que nos rodean. La definición del concepto de color también se basa en el contraste de color entre dos superficies.

El color es una parte de la percepción de vista de modo que se puede distinguir una mancha de puntos adyacentes sin respecto a su estructura a través de los ojos. (Nazanin Rahimi, Amir Masoud Dabagh. Estudio del efecto mental del color en la arquitectura interior de los espacios de hospital y su efecto sobre la tranquilidad del paciente. Revista científica del Amazonas. Volumen 1. Enero - junio 2018).

Tonalidad.

Dentro del entorno de los colores, viene de la mano el significado de la palabra totalidad, y se va a definir como el efecto general del efecto que tendrá un color. El objetivo de este tipo de variaciones que pueden presentar los colores es tratar de obtener, un color cálido o frío.

La categorización de los diferentes colores y nos permite estudiar las diferentes características y su función en el efecto físico y mental. Después de comprender las características y la percepción de los colores, nos permite entender su efecto psicológico. (Nazanin Rahimi, Amir Masoud Dabagh. Estudio del efecto mental del color en la arquitectura interior de los espacios de hospital y su efecto sobre la tranquilidad del paciente. Revista científica del Amazonas. Volumen 1. Enero - junio 2018).

La influencia que van a tener los colores en el cuerpo humano va a ser percibido mediante el sentido de la vista, que al final es un factor para la comprensión de los colores que se reciben. Los colores cálidos y fríos incluyen un amplio conjunto de colores que cada uno va a tener características especiales que van a influir en el medio ambiente, de manera diferente.

Los colores van a estar divididos en categorías, especialmente en 3:

- Colores neutros: son aquellos colores que no están en el espectro de color y se obtienen a través de la combinación de otros colores. Ellos pueden tener el efecto positivo o negativo. Negro, blanco, gris, marrón, y beige son los colores neutros.
- Colores cálidos: son los colores que van a ser estimulantes del sistema nervioso y pueden provocar una exacerbación de los sentimientos. Estos colores son altamente visibles y atraen la atención. Rojo, naranja, amarillo, verde y morado son los colores cálidos.
- Colores fríos: estos colores son considerados como relajantes. Su armonía es más diferente en el medio ambiente. No son más visibles. Azul, color índigo, verde son los colores fríos.

Es por eso por lo que en la tabla #18, se van a presentar de manera general las características, usos y ciertas precauciones que tienen los colores cálidos y fríos.

El estudio los colores con su relación en la función en las áreas psicológicas, va a detallar algunas características de los colores que van a ser las más importantes conocidas en relación con el espectro del color y que se deben de utilizar de manera adecuada en los entornos terapéuticos. La psicología del color tiene como significado, aquella parte que influye en el medio ambiente y en los estados mentales de las personas a través de los colores de la pintura con la que está decorado en el espacio en específico.

El color va a tener un efecto sobre la mente y sobre los estados mentales a través del estímulo que van a ejercer sobre los receptores sensoriales y el procesamiento de estos estímulos en el cerebro. Utilizar los diversos colores, en conjunto a una iluminación adecuada, va a eliminar la monotonía y el aburrimiento en el entorno del espacio donde se dará la terapia y evitará el debilitamiento de los sentidos y el sistema nervioso.

Color en la arquitectura.

El poder entender la necesidad especial que tiene la población pediátrica con crisis de ansiedad, tiene que ser del conocimiento de los arquitectos y diseñadores de interiores ya que ellos pueden adecuar la forma, el espacio, el tipo de iluminación, todo con el fin de crear un espacio especial para el abordaje de este tipo de pacientes en el edificio. Sin embargo, el uso de

los colores es un detalle al cual se le presta menos atención.

Si tuvieran el conocimiento del efecto que puede influir, provocar o exacerbar ciertos colores en las personas. Es por eso por lo que se debe de tomar en cuenta a la hora de diseñar un espacio específico para la atención de los pacientes. Ya que un buen diseño y un color adecuado pueden tener mayor éxito en la manera en que los pacientes van a percibir el entorno donde están siendo atendidos.

El efecto que van a generar los colores en los espacios interiores es muy importante, y deberían de ser tomados en cuenta al momento de diseñar un espacio específico para la atención de los pacientes.

Los colores van a presentar dos corrientes o características principales en el medio donde se van a utilizar, es por eso por lo que en la tabla #19 se va a detallar la función de cada color, en este caso en un salón de atención de pacientes pediátricos que puedan padecer o presentar crisis de ansiedad:

1. Principales portadas de espacios incluyendo paredes, pisos y puertas.
2. Artículos de decoración, incluyendo cortinas, muebles y alfombras.

Uso del color en un entorno o área interior en los espacios terapéuticos.

El color puede y debe de ser utilizado como una herramienta práctica y efectiva en el diseño de los espacios para la atención terapéutica de los pacientes con cuadros de crisis de ansiedad. Se considera que es una herramienta que no ha sido utilizada de buena manera, ya que la aplicación del color adecuado puede ayudar a mejorar la atención de los pacientes en cualquier momento y lugar es muy importante.

Todos podemos observar los colores utilizados en los edificios que están a nuestro alrededor o ver la decoración de los espacios interiores. Sin embargo, hay que prestar atención en dónde y cómo utilizar bien los diferentes colores. Los diseñadores de interiores cobran una gran cantidad de dinero para diseñar los espacios interiores, que a menudo se ven que son agradables y que al final no ayuda en la fisiología de los problemas especiales.

Basándose en el estudio realizado, los resultados y los logros de utilizar el color y la psicología del color en los ambientes terapéuticos y un diseño relacionado con este espacio son:

1. Aumenta la sensación de seguridad en todas las personas en los entornos terapéuticos.
2. Aumenta la eficiencia en terapéutica para reducir el estrés mental del entorno.
3. Introducir un sentido de pertenencia a los entornos terapéuticos y en la reducción de resultado la ansiedad y el estrés.
4. Aumentar la confianza en sí mismos de los jóvenes en los ambientes terapéuticos.
5. Aumentar la calidad y la dimensión espacial de la curación del medio ambiente.
6. Reduce el período de tiempo de tratamiento debido la calidad del espacio, que transmite tranquilidad.
7. La creatividad en el diseño de espacio debido a la necesidad de la dinámica y la variedad en los entornos terapéuticos.
8. Ahorro de energía debido a la armonía entre la luz (artificial o natural) y el efecto del color en el diseño ambiente terapéutico.
9. Crear los entornos atractivos y estimulación visual en los pacientes para mejorar las condiciones de la enfermedad.
10. La facilidad en la separación espacial de los visitantes y novatos.
11. Utilice el color como una guía hacia las secciones deseadas.

Percepción de la iluminación y su influencia en el estado emocional de las personas.

Diversos estudios realizados, lograron demostrar que utilizar una intensidad adecuada de luz, puede mejorar el estado de ánimo de las personas, mientras que si hay un entorno con una iluminación deficiente va a contribuir a la aparición de ansiedad, depresión y otras deficiencias en el cuerpo. (Eduardo Souza. Cómo la iluminación afecta el estado de ánimo. ArchDaily. Agosto 2019).

Se ha visto que la cantidad y el tipo de iluminación afectan directamente los niveles de concentración, pérdida de apetito, alteración del estado de ánimo, entre muchos otros. Es por esto por lo que usarlas de manera contraria puede provocar una alteración en el ritmo circadiano,

hasta llegar a alterar los horarios de sueño. (Eduardo Souza. Cómo la iluminación afecta el estado de ánimo. ArchDaily. Agosto 2019).

Existen estudios en los que se recomienda imitar la luz natural a través de las luces artificiales. Por ejemplo, la utilización en los entornos de luces brillantes, con tonos fuertes son mejores para las mañanas y durante el día, mientras que las luces tenues son mejores para la noche. (Eduardo Souza. Cómo la iluminación afecta el estado de ánimo. ArchDaily. Agosto 2019).

La temperatura del color influye en la percepción. Cuando se habla de luz fría o luz cálida, se refiere al tono de color que irradia sobre el ambiente. Las luces cálidas hacen que los ambientes sean más acogedores y relajantes, mientras que las luces más frías hacen que el ambiente sea más estimulante; provocando que las personas estén más alertas, más enfocados y pueden aumentar los niveles de productividad.

Las luces con tonos amarillos van a estar relacionados a los momentos en los que el cuerpo está más relajado. Una iluminación que sea débil, que llegue de manera indirecta y que sea cálida, tiende a hacer que los ambientes sean más tranquilos y a que las personas estén más relajadas. (Eduardo Souza. Cómo la iluminación afecta el estado de ánimo. ArchDaily. Agosto 2019).

Recomendaciones para un adecuado abordaje de las crisis de ansiedad en los pacientes pediátricos.

Para poder establecer un abordaje terapéutico adecuado para tratar las crisis de ansiedad en los menores de edad, vamos a redactar una serie de recomendaciones, divididas en 3 pilares fundamentales para una buena atención. Estas recomendaciones esperamos a que en algún momento puedan ser tomadas en cuenta por las autoridades competentes para dar un mejor manejo de las crisis de ansiedad.

Pilar #1. Los profesionales de la salud.

Es importante que el personal de la salud muestre un alto grado de empatía hacia la persona enferma, en estos casos hacia los niños que se van a presentar con crisis de ansiedad a los servicios de urgencias, Cabe señalar que el menor de edad que es traído por sus padres o algún encargado desconoce toda la situación que le está aquejando y por su parte no busca de ayuda por lo que lo está agobiando.

- ✓ Como profesionales de la salud debemos presentarnos y ofrecernos para ayudarles.
- ✓ Tratar de evitar caer en manipulaciones.
- ✓ Hay que demostrarle al paciente, seguridad y confianza a través del afecto y del control emocional, a pesar de su conducta evitativa.
- ✓ Percibir el estado de ansiedad del paciente y saber identificar muy bien sus signos y criterios que nos van a llevar al diagnóstico.
- ✓ Suministrar diferentes herramientas y métodos al paciente, que le permitan expresar libremente sus emociones, esto con el fin de ayudarles a identificar sus propias emociones para ayudarle a sentirse mejor.
- ✓ Darle a entender al menor que en todo momento será oído y no reprendido.
- ✓ Prestar atención a las diferentes situaciones que le van a generar diversos tipos de reacciones emocionales, durante la historia clínica.
- ✓ Evitar establecer un apego emocional con el menor, lo que no significa que hay que tratar de mantener una indiferencia afectiva.
- ✓ Observar muy bien a los aspectos no verbales de la comunicación y comprobar si existen congruencias entre los mensajes verbales y no verbales, por parte del enfermo.
- ✓ Evitar las conductas de sobreprotección y disminuir todo aquello que pueda interferir en el proceso de recuperación.
- ✓ Involucrar y hacer partícipes a los cuidadores en el control de la situación.
- ✓ Conocer los mecanismos de contención y sedación, si es el caso de que sea necesario utilizarlos. Hay que recordar que siempre bajo prescripción médica.
- ✓ Mostrarse siempre tranquilo frente al paciente, hablarle con voz apacible, ya que esto le va a dar confianza frente al menor, siempre conservando una actitud de escucha y comprensión.

- ✓ Tener un equipo multidisciplinario capacitado y actualizado en el manejo de este tipo de pacientes. El equipo puede estar formado por un médico general, médicos especialistas (psiquiatría y pediatría), licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería y asistente de pacientes.

Pilar #2. Instalaciones e inmobiliario en el centro salud.

Es necesario contar con las instalaciones adecuadas, para tener un área que sea apta para el abordaje de las crisis de ansiedad en un menor de edad. Un lugar específico con las condiciones adecuadas puede generar un entorno tranquilo y esto ayudará al menor de edad a sentirse tranquilo y sin estar rodeado de otro tipo de pacientes que se ven consultando en los servicios de emergencia.

Tener el conocimiento sobre la influencia de los diferentes colores y sus posibles efectos en el estado físico y emocional de la persona. La manera en la que los va a percibir es importante para poder diseñar y crear un entorno apto para la atención de este tipo de población dentro de los servicios de urgencias. Es importante saber el tipo de material que se utilizará en esta área en específico, así como la iluminación y los muebles.

Si los diseñadores de los entornos intrahospitalarios tuvieran el conocimiento del efecto que generará en los pacientes, ya que un mal uso o una mala elección de color, provocará o exacerbará los síntomas del trastorno de ansiedad. Es por eso por lo que se debe de tomar en cuenta a la hora de diseñar un área o espacio específico para la atención de los pacientes pediátricos con crisis de ansiedad.

Con respecto al color que deben tener las instalaciones para abordar a los menores de edad, se deben de utilizar colores fríos, porque están estrechamente relacionados con su efecto relajante, ya que tienden a mantener o crear armonía con el ambiente. El efecto relajante, reducirá los niveles de estrés, ya que el menor de edad sentirá que está en un espacio más grande y no se sentirá presionado.

Esto puede parecer insignificante, pero el ver reflejado como hay un aumento en la

seguridad del paciente y su tranquilidad va a ir en aumento. Este estímulo ayuda al menor de edad en su momento de crisis de ansiedad y va a permitir que el personal de la salud encargado de esa área pueda desarrollar de mejor manera su interrogatorio en la historia clínica con el fin de encontrar un diagnóstico.

El lugar donde se atiende a los pacientes con crisis de ansiedad tiene que contar con una iluminación con tonos amarillos, ya que esos tonos van a estar relacionados a procesos de relajación. Una iluminación que sea débil o tenue, que llegue de manera indirecta y que a su vez sea cálida, tiende a hacer que el ambiente sea más tranquilo y crea un ambiente óptimo para la relajación y la baja de los síntomas de un niño con crisis de ansiedad.

Con respecto al mobiliario del lugar, los muebles deben tener esquinas redondeadas, sin filos para evitar posibles lesiones. El piso o una parte de este, debe de estar cubierto por un material de espuma suave (tatami), para evitar que, en un berrinche o caída, se golpeen la cabeza. Las puertas del lugar deberán abrir hacia fuera, no debe tener pestillos, ni cierres de seguridad dentro.

El lugar tiene que estar en un lugar aislado de agentes estresores o productores de ruidos irritativos para los menores de edad. Es bien conocido que las salas de emergencias, hay mucha contaminación sónica, ya que llegan ambulancias, pacientes quejándose por dolor otros exigiendo atención, pacientes alcohólicos, personas vomitando. Todo este entorno puede estresar al menor y empeorar la crisis de ansiedad.

Es necesario que no existan objetos con los que los menores puedan llegar a golpearse o que sean lanzados y puedan dañar a terceros. El personal de enfermería debe dejar fuera del alcance objetos con los que el paciente pueda hacer daño o dolor a los demás (pinzas, bolígrafos, tijeras, gafas, sillas, etc.) y quitar del paciente todo objeto que tenga en su poder a la hora de ingresar al área de atención como, por ejemplo, joyas, cadenas, anillos, etc.

Pilar #3. Compromiso familiar.

Es importante fomentar el compromiso de su círculo familiar, para mejorar la situación que

le afecta y la cual lo trajo a consultar. Una mejora en su calidad de vida va a disminuir este tipo de sentimientos agobiantes y con ello un control sobre aquellos agentes estresores desencadenantes de las crisis de ansiedad. Es importante que el personal de salud tenga amplio conocimiento de que existen terapias alternativas y le recomiende opciones a los familiares para que puedan llevar a los niños.

Fomentar en el niño algún tipo de actividad en la que lo mantenga ocupado y a su vez le brinde herramientas para poder afrontar posibles crisis de ansiedad más adelante. Ejercicios como natación, ciclismo, practicar artes marciales o empezar en clases de baile. Van a ayudar a los menores a bajar las cargas cotidianas de estrés y a fomentar un estímulo muy importante para poder desarrollarse de una buena manera en su vida cotidiana.

Es muy importante que los 3 pilares se desarrollen de la mejor manera, ya que así se puede dar un abordaje y un manejo terapéutico óptimo para tratar de que el menor de edad no vuelva a presentar una crisis de ansiedad. Ya que, con todas las herramientas dadas, saldrá adelante en el futuro ante un nuevo trastorno de ansiedad que lo vaya a apartar de su vida cotidiana normal.

Propuesta de evaluación del paciente pediátrico con crisis de ansiedad en urgencias.

La valoración de los menores de edad en los servicios de emergencias debe de hacerse lo más rápido posible. Se debe de hacer una correcta valoración del paciente con el fin de llegar a un diagnóstico inicial, se debe de identificar los factores precipitantes (personales, interpersonales y/o situacionales) que están provocando el inicio de la crisis y valorar las necesidades inmediatas para lograr un equilibrio en el paciente.

La historia clínica debe de hacerse de la manera más rápida, estructurada y precisa, debido a la complicación y la intensidad de las manifestaciones clínicas que puede presentar el menor de edad, dado la cantidad de síntomas y al posible riesgo de daño que puede sufrir el paciente u otras personas. La valoración inicial debe ser completada en una sola sesión y en un tiempo limitado.

Se recomienda que los profesionales de la salud que van a abordar la crisis de ansiedad valoren el escenario de una manera racional, neutral, congruente, respetuosa, con aceptación incondicional y empática. Estas actitudes son necesarias para que se pueda establecer una buena relación terapéutica entre el profesional y el paciente. Con el fin de avanzar hacia el abordaje y tratamiento eficaz.

En la exploración psicopatológica del menor de edad en urgencias deben valorarse los siguientes aspectos:

- Apariencia.
- Actitud y grado de colaboración.
- Nivel de conciencia.
- Lenguaje y habla. Y lenguaje no verbal.
- Nivel cognitivo (intelectual).
- Alteraciones del pensamiento.
- Alteraciones de la percepción.
- Criterio de realidad y capacidad de juicio.
- Control de impulsos.
- Signos de agresividad.
- Ritmos biológicos: apetito, sueño, cambios de humor.

Una vez que se hizo la evaluación y ya hay una orientación diagnóstica, hay que establecer el tratamiento farmacológico posterior a su valoración hospitalaria, valorando la mejor opción para el paciente y la familia. También brindar recomendaciones de terapias alternativas, remitir al paciente al centro de salud mental (especializado), referir a consulta externa para su seguimiento ambulatorio o referencia a su médico de atención primaria.

Contención farmacológica.

En algunos casos los pacientes menores de edad con un cuadro clínico de crisis de ansiedad suelen beneficiarse de la administración de medicación sedativa para reducir sus manifestaciones durante su ingreso a los servicios de emergencia. La elección del tratamiento farmacológico dependerá de las manifestaciones clínicas que va a presentar durante su episodio de crisis.

Los pacientes pediátricos que se presentan a consultar por crisis de ansiedad, puede que se tornen agresivos y es por esto por lo que muchas veces se pueden utilizar fármacos para mermar la agitación que presentan en el momento de estar en los servicios de emergencias. La vía de administración del fármaco se elegirá en función de la intensidad de los síntomas, el grado de cooperación del paciente y la necesidad de una sedación rápida o lenta (Tabla #20). Se descarta la administración de fármacos por la vía intravenosa, ya que en este tipo de pacientes es prácticamente imposible tomarle un acceso venoso.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Elaboración de fuentes de información Este estudio se basó en distintas bases bibliográficas, dentro de los cuales se encuentran:

- Pubmed.
- Medlineplus.
- MSDmanuals
- Desanciedad.com
- Sciencedirect.com
- Healthline.
- Childwelfare
- Mayo Clinic.
- Semergen.
- EVICURE.
- Google académico.
- BINASS.
- UNICEF.
- UTMACH.
- Fundación Cadath
- Child Mind Institute.
- ELSEVIER.
- Revista Universidad de Costa Rica.

- Revista científica de las amazonas.
- Revista Española de Cardiología.
- Revista electrónica educare.
- Revista Colombiana de psiquiatría.
- Revista Cubana de Pediatría.
- Revista Ventana a otras especialidades.
- Revista de Pediatría Atención Primaria.
- Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.
- Revista Electrónica Educare.
- Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina.
- MenteAmente, psicoterapia y psiquiatría Madrid.
- Centro de Salud mental de Coslada.
- Hospital universitario de Henares.
- Complejo Asistencial de Segovia.
- UpToDate.
- Revista Swin England.
- Revista Weekend.
- Revista Brújula Bike.
- La mente es Maravillosa.
- Revista Hola.com
- Manual DSM-V

Enfoque de la investigación

En este estudio se utiliza un enfoque cualitativo. El enfoque cualitativo de investigación se enmarca en el paradigma científico naturalista, el cual, como señala Barrantes (2014), también es denominado naturalista-humanista o interpretativo, y cuyo interés “se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social” (p. 82).

Se utilizó el método Delphi, el cual es una técnica prospectiva, con la intención de obtener información descritos por profesionales para así poderla traslapar con la información de los diferentes artículos y enriquecer la información actual. Se emplearon un total de 45 documentos, en donde la información proviene de artículos científicos, revistas médicas y estudios por parte de instituciones nacionales e internacionales.

Diseño de investigación

Es fácil de explicar la difusión del método Delphi porque este consiste en una técnica de obtención de información, basada en el desarrollo de estudios de expertos de un área, con el fin de obtener la opinión de consenso más fiable del grupo consultado.

Según Reguant, Torrado (2016) se menciona el proceso general del método Delphi:

- Fase 1 de definición: A partir del problema planteado en esta investigación, se debe formular el objetivo de la consulta, identificar las dimensiones que deben explorarse e identificar posibles fuentes de información.
- Fase 2 de conformación del grupo a analizar: Cabe determinar el perfil del grupo de personas a evaluar en la investigación, elaborar el protocolo de selección grupo que dispongan de información representativa, tiempo e interés y aproximación, contactar con los integrantes potenciales, elegir, invitar y conseguir su compromiso de colaboración.
- Fase 3 de ejecución de la información: Hay que analizar toda la información y elaborar una guía práctica y sencilla, para mejorar la atención de las consultas. El resultado será el punto de partida para las opiniones y recomendaciones posteriores.

- Fase 4 de resultados: Se ha de analizar la información de la última ronda y elaborar el informe con los resultados finales de la investigación.

Con base en lo dicho anteriormente, este estudio se basa en el método Delphi, en donde los datos se obtendrán de diferentes investigaciones sobre los trastornos involucrados en las crisis de ansiedad de los menores de edad.

Muestreo cualitativo

Como esta investigación es cualitativa y prospectiva, el muestreo a realizar es de tipo experto, el cual se afirmará por medio de todas las investigaciones que han sido realizadas por expertos a nivel mundial y la parte teórica fue obtenida en las diferentes fuentes bibliográficas de varios países.

Criterios de inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

Para las revisiones bibliográficas se busca que cumplan con las siguientes características

- Niños con edades comprendidas entre 3 a los 14 años.
- Incluye información de personas tanto del sexo femenino o masculino.
- Contenido de información relacionada con el trabajo de investigación, tales como:
- Factores de riesgo de las crisis de ansiedad.
- Artículos de no más de 5 años de vigencia (del período 2017 al 2022).
- Artículos en el idioma inglés y español únicamente.

Criterios de Exclusión

- Artículos relacionados con el tema pero que incluyen otros grupos etéreos como, adolescentes con edades mayor a 14 años o personas adultas.
- Artículos diseñados en el 2016 o más antiguos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En este capítulo se van a describir mediante el uso de tablas de información, todas las investigaciones que se hicieron a las diferentes revisiones bibliográficas que contenían los datos necesarios para desarrollar esta investigación.

Anexo.

(Tabla #1) Factores de Riesgo.	
Niños (as)	Traumas
	Estrés debido alguna enfermedad
	Bullying
	Sedentarismo
	Uso de las tecnologías
	Separación/Divorcio
	Abandono
	Mutismo selectivo
	Pánico escénico
	Fobias
	Abuso sexual
	Castigo físico
	Saturación de actividades extracurriculares
	Antecedentes heredofamiliares.

(Tabla #2) Síntomas de las crisis de ansiedad.	
Trastornos del sueño	El insomnio es un trastorno del sueño que causa dificultad para conciliar el sueño (quedarse dormido) o mantenerlo, o puede hacer que se despierte demasiado temprano y no se pueda volver a dormir. El insomnio perturba el estado de ánimo y esto puede afectar la salud, el desempeño laboral y calidad de vida.
Hiperactividad/excitación.	Va a presentar muchos movimientos, acciones impulsivas, un período de atención más corto y se distrae fácilmente.
Anorexia o pérdida de apetito.	Trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo.
Palpitaciones o aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia).	Aumento anormal del ritmo cardíaco
Sensación de ahogo, con respiración rápida (Taquipnea).	El síndrome agudo de hiperventilación se presenta con disnea y es percibida como asfixia. Se acompaña de agitación y sensación de terror o de síntomas como dolor torácico. A veces es una combinación de todos estos hallazgos.
Opresión en el pecho.	Podría ser un síntoma de una afección de salud grave, como un ataque cardíaco. Aunque es descartado por simular la enfermedad.

<p>Sensación de muerte inminente (Tanatofobia)</p>	<p>Miedo persistente, anormal e injustificado a la muerte o a morir.</p>
<p>Sudoración o escalofríos.</p>	<p>El aumento del ritmo cardíaco hace que las hormonas y la adrenalina fluyan por el cuerpo, causando transpiración.</p>
<p>Náuseas.</p>	<p>Cuando hay ansiedad, el cuerpo activa el sistema nervioso simpático y lo primero que hace es paralizar las funciones del estómago.</p> <p>Y es ahí donde se presenta un aumento en las náuseas a manera de evacuar el contenido que hay en la cámara gástrica.</p>
<p>Temblores (Tremor)</p>	<p>Tras un periodo de ansiedad y adrenalina prolongado, nuestro cuerpo ha acumulado una gran tensión y necesita liberarla de alguna forma.</p> <p>El mecanismo que este ha desarrollado son los temblores. Piensa que después de haber mantenido tus músculos quietos durante un largo tiempo, estos necesitan destensarse, necesitan movimiento.</p>
<p>Entumecimiento u hormigueo.</p>	<p>La hiperventilación, provoca una disminución en el oxígeno circulante en sangre y este no llega de buena manera a los tejidos distales.</p> <p>Es ahí que se produce el hormigueo.</p>

(Tabla #3) Manifestaciones clínicas por sistemas.	
Síntomas cardiovasculares	Aumento de la frecuencia cardíaca (Taquicardia), hipertensión (elevación de la tensión arterial), palpitaciones, opresión o dolor torácico.
Síntomas respiratorios	Disnea (Sensación de falta de aire), aumento en la frecuencia respiratoria (taquipnea).
Síntomas gastrointestinales	Disfagia (dificultad para tragar), hiperémesis (náuseas y vómitos), diarreas.
Síntomas genitourinarios	Poliuria (Micción frecuente), oliguria (emisión de orina <0,5ml/kg/h), dolor al orinar (disuria), disfunciones sexuales.
Síntomas neurovegetativos	Xerostomía (sequedad de la mucosa bucal), sudoración excesiva (diferenciarla de la hiperhidrosis), síncope.
Síntomas neurológicos	Asterixis (Temblores o movimientos involuntarios en las extremidades; especialmente en las manos), hormigueo o parestesias, cefaleas tensionales, contracturas, mareos o inestabilidad.
Síntomas psicofísicos:	Astenia (cansancio), temores o miedos intensos, terror o pánico, sensación de inseguridad, sensación o sentimiento de muerte inminente, preocupación, incapacidad o limitación para poder afrontar las diferentes situaciones que se le pueden presentar día con día, indecisión, dificultad o falta de concentración, inquietud e hiperactividad.

(Tabla #4) Manifestaciones somáticas, físicas u objetivas.	%
Trastornos del sueño	83
Hiperactividad/excitación	80
Palpitaciones/taquicardia	77
Dolor abdominal	63
Sudoración	53
Disnea	37
Opresión en el pecho	27
Anorexia/Pérdida de apetito	13
Temblores	13
Nauseas	7
<p data-bbox="598 1624 922 1659"><i>Información recabada:</i></p> <p data-bbox="204 1709 1316 1809"><i>Revista Cubana de Pediatría 2017;87(2):195-204; manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad.</i></p>	

(Tabla #5) Clasificación trastornos de ansiedad DSM V.
309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación
313.23 (F94.0) Mutismo selectivo
300.29 Fobia específica (especificar a cuál) (F40.218) Animal (F40.228) Entorno natural (F40.230) Miedo a la sangre (F40.231) Miedo a las inyecciones (F40.232) Miedo a otra atención médica (F40.233) Miedo a una lesión (F40.248) Situacional (F40.298) Otra
300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (fobia social)
300.01 (F41.0) Trastorno de pánico
300.22 (F40.00) Agorafobia
300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada
293.84 (F06.4) Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
300.09 (F41.8) Otro trastorno de ansiedad especificado
300.00 (F41.9) Otro trastorno de ansiedad no especificado.

Tabla tomada del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSMV; 2014.

(Tabla #6) Clasificación trastornos de ansiedad CIE-10
<p>F40. Trastornos de ansiedad fóbica</p> <ul style="list-style-type: none"> - F40.0 Agorafobia - F40.1 Fobias sociales - F40.2 Fobias específicas (aisladas) - F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica - F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
<p>F41 Otros trastornos de ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - F41.0 Trastorno de pánico - F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada - F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo - F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados - F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación
<p>F42 Trastorno obsesivo- compulsivo</p>
<p>F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación</p> <ul style="list-style-type: none"> - F43.0 Reacción a estrés agudo - F43.1 Trastorno de estrés post- traumático - F43.2 Trastorno de adaptación - F43.8 Otras reacciones a estrés grave - F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación
<p>F44 Trastornos disociativos</p>
<p>F48 Otros trastornos neuróticos</p>

(Tabla #7) Criterios diagnósticos DSM-V para la ansiedad por separación.

A) Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, relativo a la separación de las personas con quienes está vinculado:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que estas sufran un posible daño.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (extraviarse o ser secuestrado).
4. Resistencia o negativa persistente para ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo para estar en casa solo sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o dormir fuera de casa.
7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
8. Síntomas físicos (cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) que se anticipan a la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

B. La duración del trastorno es, como mínimo, de 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 (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno post psicótico, y en adolescentes no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Depresión, ansiedad, separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras C. Bonet de Luna, M. Fernández. Pediatría Atención Primaria 2019, pp.

471 – 489)

(Tabla #8) Miedos y fobias según la edad.			
Edad	Competencias e intereses	Fuentes de miedo	Posibles trastornos
0-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Esquema sensoriomotor - Relación causa y efecto - Permanencia objeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulos intensos - Altura - Rostros extraños - Separación 	
2-5 años	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento preoperatorio - Imaginación 	<ul style="list-style-type: none"> - Monstruos - Posibles agresores - Oscuridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad por separación
7-12 años	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento operativo - Razonamiento concreto - Interés por logros escolares 	<ul style="list-style-type: none"> - Desastres naturales - Accidentes - Animales - Enfermedades - Mal rendimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Fobias animales - Sangre - TOC - Ansiedad a exámenes

M. JOSÉ GÜERRE LOBERA Y NADIA OGANDO PORTILLA; Miedos y fobias

en la infancia. **Ventana a otras especialidades 2019, pp. 264-268)**

(Tabla #9) Factores etiológicos de los miedos y las fobias.	
<i>Factores etiológicos</i>	<i>Características</i>
Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> - Agregación familiar - Más frecuente en fobia a las inyecciones
Temperamentales	<p>Predisposición individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timidez. - Inhibición - Retraimiento
Ambientales	<p>Aprendizajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condicionamiento clásico: miedo tras mordedura de perro. - Condicionamiento operante: perpetúa el miedo al ver a otro perro. - Modelado: el niño observa cómo su madre se cambia de acera al ver un perro. - Experiencias, lecturas, conversaciones, televisión.

(M. JOSÉ GÜERRE LOBERA Y NADIA OGANDO PORTILLA; Miedos y fobias en la infancia. **Ventana a otras especialidades 2019, pp. 264-268).**

(Tabla #10) Síntomas de los miedos y las fobias.	
Neurovegetativos (activación simpática)	<ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca). <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la presión arterial - Taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) <ul style="list-style-type: none"> - Sudoración, palidez o rubor - Aumento del tono muscular
Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fallos en concentración, atención y memoria - Pensamientos o imágenes relacionados con lo peligroso del estímulo y las consecuencias negativas que el niño cree que le acarrearán - Sensación de despersonalización o desrealización más frecuente en niños mayores y adolescentes
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Llanto, ansiedad, angustia y aprensión - Más llamativos e intensos cuanto menor sea el niño
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Inquietud y desasosiego - Inhibición - Evitación activad del estímulo aversivo incluso reacción de huida

(Tabla #11) Los síntomas de agorafobia son:
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir temor de quedarse solo.
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir miedo a estar en lugares donde el escape podría ser difícil.
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir miedo a perder el control en un lugar público.
<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia de otros.
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de separación o distanciamiento de los demás.
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de desesperanza.
<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de que el cuerpo es irreal.
<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de que el ambiente es irreal.
<ul style="list-style-type: none"> • Tener temperamento o agitación inusuales.
<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer en la casa por períodos prolongados.

(Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 28 ago. 2019)

(Tabla #12) Tipos de miedos agorafóbicos.	
Miedo a los espacios abiertos	Puede ocurrir en lugar como aparcamientos, grandes avenidas, amplias plazas, recintos deportivos al aire libre.
Miedo a los espacios cerrados	Ocurre en lugares como centros comerciales, tiendas, cines o conciertos. Suelen ser lugares con multitudes.
Miedo a las multitudes	Los lugares muy concurridos suelen ser espacios abiertos grandes (estadios de fútbol) o espacios grandes cerrados (centros comerciales), por lo que producen ansiedad.
Miedo al uso de medios de transporte	El miedo comienza con los medios de transporte públicos, especialmente buses. En otros transportes donde se viaje por muchas horas; esto ocurre en aviones y barcos.
Miedo a la incontinencia o a vomitar en publico	Las personas temen a no poder controlar sus esfínteres o a vomitar en público. Esto es más frecuente en personas con el síndrome de intestino irritable con episodios de diarrea.
Miedo a salir solo fuera de casa	Este temor es el más discapacitante. El miedo inunda a la persona hasta el punto de no sentirse seguro fuera de casa
Miedo al centro de trabajo o estudio	Ocurre en personas que han estado largo tiempo con problemas de ansiedad.

(Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. (s/f). Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. Mayo de 2022)

(Tabla #13) Variables que afectan la relación de hermanos.	
La diferencia de edad entre hermanos	A menor diferencia de edad, más tendencia a pelearse. En el caso de llevarse más años, el hermano mayor desarrolla una actitud protectora con su hermano; o al llevarse menos años con este, eso puede percibirse con más probabilidad al otro como un rival, como alguien con el que se debe competir o puede suponer una amenaza.
El mismo sexo	Si el sexo es el mismo, existe más posibilidad de competir para conseguir las cosas a partir de los roles de género.
Ser el hijo mediano	El orden de nacimiento dentro del ámbito familiar afecta de manera distinta a cada hijo. Los hermanos mayores son los que reciben más atención y mayor control, por ser primogénitos. Los hijos pequeños son los más protegidos. Los hijos medianos pueden recibir menos atención y como consecuencia intentan actuar de modo llamativo para conseguir la atención de sus padres.
El divorcio de los padres	El divorcio o separación de los padres también es un factor que influye, ya que el trato de los padres a sus hijos puede variar o ser distinto. Aparte, esta vivencia suele suponer una situación nueva y desagradable para el niño, que puede vivir esa etapa con estrés y ansiedad.

(Rivalidad entre hermanos: causas y qué hacer desde la crianza. Febrero 2022).

(Tabla #14) Cómo disminuir la rivalidad entre hermanos.	
No comparar	La conducta de cada niño variará, aunque la educación recibida sea la misma. Es trascendental que ante conductas que realice mejor uno de los niños, no se les compare, ya que esto puede aumentar la rivalidad.
Tratar a cada niño de manera personalizada	Se debe de tratar a cada uno de los niños según sus características, gustos, preferencias. A veces lo mejor es adaptarlo a sus necesidades y deseos.
No posicionarse	Cuando se peleen, intenta ayudar y propiciar que hablen y arreglen las cosas, pero no hay que darle la razón a ninguno de ellos, pues esto solo hará que crezca la rivalidad.
Dedicar tiempo a cada niño	Cada niño tiene sus necesidades, y las expresan de maneras distintas, todos merecen y necesitan la misma atención, así que se debe repartir el tiempo entre todos por igual, para que se sientan escuchados.
Premiar las conductas positivas	Para que el niño consiga un buen aprendizaje de las conductas adecuadas, un buen modo es premiar o reforzar, las conductas adecuadas y extinguir las negativas.
Evita peleas	Hay que evitar conductas que hacen enfadar a los niños y así evitar que se dé la pelea. Una táctica que puede funcionar es darle a cada uno un juguete para que no se peleen y se genere una discusión por querer el mismo.

(Rivalidad entre hermanos: causas y qué hacer desde la crianza. Febrero 2022).

(Tabla #15) Comorbilidades más frecuentes que va aparecer en los trastornos psiquiátricos.
- Con otro trastorno de ansiedad, 50%
- Depresión, 33%. La depresión mayor se asocia a trastornos de ansiedad severos, los síntomas de ansiedad suelen preceder a la aparición de los síntomas depresivos.
- Trastorno por síntomas somáticos.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), 20-40%.
- Trastorno por abuso de sustancias. El tratamiento de la ansiedad ha demostrado acompañarse de una disminución en el consumo de sustancias, y de los problemas derivados de ello a largo plazo.
- Trastorno del sueño, hasta en un 90%

(Tabla #16) Los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS) cuya eficacia ha sido demostrada superior al placebo.	
Fármaco/Medicamento	Dosis
Fluoxetina	10-30 mg/día
Sertralina	25-50 mg/día
Citalopram	10-40 mg/día
Escitalopram	5-20 mg/día
Paroxetina	5-60 mg/día

Fluvoxamina	50-250 mg/día
-------------	---------------

(Tabla #17) Actividad física que podría ayudar a disminuir las crisis de ansiedad.	
Natación.	<p>Según la organización Swin England solo en el Reino Unido, más de 1.4 millones de personas, encontraron que realizar natación por lo menos una vez a la semana, va a desencadenar un efecto positivo en su salud mental y que les ayuda a reducir el número de veces que necesitan ir al médico a consultar por cuestiones de salud mental.</p> <p>Hayley Jarvis, directora de actividad física de Mind, dijo: “Todos sabemos que hacer actividades físicas como nadar es bueno para nuestros cuerpos. Pero nuestra salud física y mental están estrechamente vinculadas y pueden ser muy útil para nuestra salud mental.</p> <p>Si eres más activo, hay buena evidencia que sugiere que, en la mayoría de las edades, hay una tendencia hacia tasas más bajas de ansiedad y depresión.</p> <p>Se descubrió que, al aumentar sus niveles de actividad, de no hacer nada a hacer ejercicio al menos tres veces por semana, puede reducir su riesgo de ansiedad o depresión hasta en un 30 por ciento”.</p> <p>(Revista Swim England, octubre 2018, Study says swimming benefits mental health)</p>

Ciclismo	<p>Las ventajas de la práctica del uso de la bicicleta, ya sea como medio de transporte o como ejercicio. Sus beneficios son muchos y van más allá de meras cuestiones físicas o rutinarios, sino que también afectan de manera positiva nuestro estado de ánimo. Por ejemplo, la bicicleta es un factor clave para combatir el estrés y la ansiedad.</p> <p>Varios estudios comprobaron que el ciclismo contribuye a la mejora de la reducción el estrés y la ansiedad: al bajar la activación fisiológica, la línea de activación de la ansiedad también es más baja, por lo que cuesta más alcanzarla antes cualquier pequeña amenaza.</p> <p>(Revista Weekend. Noviembre 2020. Por qué la bicicleta ayuda a combatir el estrés y la ansiedad)</p> <p>Además, al pedalear el cuerpo genera endorfina, una sustancia conocida como la “droga de la felicidad” ya que ayuda a aliviar el dolor y entrar en estado de euforia. Es decir, nos ayuda a sentir una sensación de bienestar mucho mayor y de forma muy rápida.</p> <p>Otra cuestión clave en favor de la bicicleta es que es un ejercicio aeróbico, esto ayuda a que las personas no relacionen de manera psicológica la falta de oxígeno con un estado de estrés o ansiedad.</p> <p>(Revista Brújula Bike, febrero 2021. El ciclismo puede reducir el estrés y calmar la ansiedad).</p>
Baile	<p>Hacer ejercicio mejora el bienestar emocional. Poner el cuerpo en movimiento provoca que el cerebro segregue</p>

serotonina, una hormona que está relacionada directamente con el estado de ánimo y endorfinas, sustancias químicas que promueven el sentimiento de satisfacción. De ahí que se recomiende practicarlo si experimentamos estrés, ansiedad o nos sentimos desanimados.

Ahora bien, no todo el mundo tiene predisposición a hacer deporte. Algunos lo consideran aburrido, otros demasiado pesado y están esos que no encuentran la motivación suficiente para ponerse en marcha. En estos casos bailar puede ser una opción muy recomendable. De hecho, según algunos estudios bailar ayuda a gestionar la ansiedad y alivia parte de la tensión física que acompaña a este estado mental.

Para muchas personas, la danza es una forma de desahogo, un medio de expresión y un refugio en el que cobijarse. Puede llegar a ser una actividad muy divertida a la vez que desafiante.

Por ello, es ideal para quienes deseen distraerse y centrarse en algo positivo. Además, entre sus muchos beneficios, fomenta la creatividad.

Algunos estudios demuestran que el cuerpo tiene una profunda influencia en la mente. Así, debido a la manera en que el cuerpo se mueve cuando se está llevando a cabo esta actividad, podemos decir que bailar ayuda a gestionar la ansiedad y cualquier otra emoción que nos en determinados momentos nos bloquee

(La Mente es maravillosa. Setiembre 2020. Bailar ayuda

	a gestionar la ansiedad)
Artes marciales	<p>Los beneficios de las artes marciales. Nadie duda de los grandes beneficios que aporta la práctica del ejercicio a nivel físico. De hecho, lo contrario, es decir, el sedentarismo, puede llegar a ser peor que fumar.</p> <p>Lo que quizá no todos sabemos es que hay distintos tipos de deporte para conseguir el objetivo que nos proponemos. Si queremos perder peso, debemos combinar ejercicios aeróbicos y de fuerza (correr, por ejemplo, y pesas).</p> <p>Pero si nuestra meta es obtener beneficios a nivel mental, como mejorar la concentración o reducir el nivel de ansiedad, deberemos recurrir a otro tipo de actividades. (Gragera, T. (2022, April 7). <i>Cómo ayudar a los adolescentes a rebajar su ansiedad</i>. Revista HOLA.com. https://www.hola.com/padres/20220407331126/ansiedad-adolescentes-como-ayudarlos-tg)</p> <p>El tai chi es una herramienta muy efectiva para reducir la ansiedad. “En estos casos, puede llegar a resultar más efectivo que el yoga y la meditación”. Y es que, para las personas muy ansiosas la quietud puede significar un problema, aunque estén realizando técnicas para relajarse.</p> <p>En este tipo de arte marcial el ejercicio de autoconciencia se realiza a través del movimiento, lo que ayuda a las mentes más ansiosas a que se concentren y se relajen lo que, finalmente, redundará en un mayor</p>

	<p>control del estrés. (Gragera, T. (2022, April 7). <i>Cómo ayudar a los adolescentes a rebajar su ansiedad</i>. Revista HOLA.com.</p> <p>https://www.hola.com/padres/20220407331126/ansiedad-adolescentes-como-ayudarlos-tg).</p>
Equinoterapia.	<p>Se trata de aquel tipo de terapia que involucra a la disciplina ecuestre (uso de caballos), que va a verse beneficiada por la creación de una relación afectiva que el paciente va a establecer con el caballo. Este tipo de terapias ayudan a las personas con problemas de adaptación social, a darle el manejo y superación de posibles conflictos y herramientas para que pueda integrarse en la sociedad. (Alejandra Grun Loboguerrero, Valeria Cárdenas Gutiérrez. La equinoterapia y el mindfulness como herramientas para reducir el estrés escolar. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá Facultad de Educación. Noviembre de 2020.)</p> <p>Para que la terapia sea efectiva y la persona con algún trastorno tiene que estar cómoda en todo momento, la psicóloga trabajará con otro profesional, que se va encargar del manejo del caballo, adaptándolo a la necesidad del menor. La idea principal es que el menor este tranquilo, para evitar la aparición de una nueva crisis.</p> <p>Es considerada una terapia integral ya que ayuda al desarrollo cognitivo, físico, emocional y social de los pacientes. Fue introducida en los Estados Unidos y Canadá hacia el año 1900. Investigaciones demuestran</p>

	<p>que este tipo de terapia incrementa la autoestima, el autocontrol, mejora la comunicación, potencia la concentración y desarrolla el respeto por los animales. (Equinoterapia: beneficios de la terapia con caballos. (n.d.). Sunrise Medical. Retrieved May 27, 2022, from https://www.sunrisemedical.es/blog/equinoterapia).</p>
Mindfulness	<p>El mindfulness es aquel proceso donde se debe de observar expresamente el cuerpo y la mente, ya que esto va a permitir que las experiencias se vayan desplegando poco a poco y así se pueda aceptarlas tal y como son.</p> <p>Esta definición permitió comprender que no es un proceso que se realiza de manera forzada, por el contrario, es un proceso de observación le permite sujeto despejar su mente de aquello que le preocupa. (Alejandra Grun Loboguerrero, Valeria Cárdenas Gutiérrez. La equinoterapia y el mindfulness como herramientas para reducir el estrés escolar. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá Facultad de Educación. Noviembre de 2020).</p> <p>Implementar el uso del mindfulness en la vida cotidiana puede formar una nueva manera de afrontar la vida, debido a que las herramientas que tiene la persona que practica mindfulness, le permite aprender a observar y aceptar los pensamientos, las sensaciones y las emociones que experimenta.</p> <p>Existen siete elementos principales relacionados el mindfulness, características que permiten un mejor</p>

desarrollo de la terapia y de las herramientas para poder afrontar las diversas situaciones que pueden afectar el desarrollo social del menor. Estos elementos son:

1. No juzgar: el mindfulness se enfoca en que el sujeto se vuelva un testigo de su propia experiencia, puesto que debe limitarse a observar el ir y venir de sus propios pensamientos y juicios, sin actuar sobre ellos de ninguna manera.

2. La paciencia: la persona debe permitir que todo suceda en su propio tiempo, esta consiste en estar abierto en todo momento.

3. La mente de principiante: esta se enfoca en la disposición a ver las cosas como si fuera la primera vez para poder apreciar la importancia del momento presente.

4. La confianza: la persona debe confiar en su intuición y en su propia autoridad, sin embargo, siempre es importante poseer un guía externo.

5. No esforzarse: esforzarse para que la meditación tenga una finalidad es un pensamiento más que obstruye la atención plena y genera más complicaciones a la hora de afrontar una situación.

6. La aceptación: aceptar las cosas como son.

7. Ceder, dejar ir o soltar: la importancia de no apegarse a los elementos de una experiencia e ignorar otros.

El mindfulness posee ciertas características que conllevan al entendimiento del proceso guiado que

	<p>permitirá el desarrollo de herramientas paso a paso, para la aceptación de las experiencias que se van a presentar en la rutina diaria. (Alejandra Grun Loboguerrero, Valeria Cárdenas Gutiérrez. La equinoterapia y el mindfulness como herramientas para reducir el estrés escolar. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá Facultad de Educación. Noviembre de 2020).</p>
--	--

(Tabla #18) Características de los colores y su uso.	
Los colores fríos:	
Azul, verde, turquesa, púrpura	
<i>Características</i>	<p>Va a tener efecto relajante, bajo la estimulación visual, reduciendo el estrés, el tiempo rápido de pasar bajo el color fresco, las cosas parecen más ligero, los espacios parecen más grandes</p>
<i>Uso</i>	<p>Lugares donde monótono, y trabajos duros repetitivas Todos los espacios que necesitan trabajo y la relajación la sección de Cuidados Intensivos partícipes hospital, sala de urgencias, quirófano</p>
<i>Precaución</i>	<p>Verde: salas oficiales (aumentan la legibilidad). Probabilidad de ser agujereado del entorno en el que se superan estos colores.</p>
Los colores cálidos:	
Colores de rojo, amarillo espectro, púrpura	

<i>Características</i>	Estimulación visual de alta, el tiempo pasa lentamente bajo el color fresco, las cosas parecen más pesado y grande.
<i>Uso</i>	Se utilizan para la motilidad y la emoción en el entorno Se utilizan para crear la felicidad y la alegría en el ambiente que posee la depresión, el aburrimiento y la quietud.
<i>Precaución</i>	Probabilidad de movilidad excesiva, trastornos mentales, trastornos de la visión, dificultad en el ambiente que cuando se superan estos colores. Utilice el color cálido está prohibido en: unidad de cuidados intensivos, salones de emergencia.

(Tabla #19) Diferentes efectos de los colores en los artículos de decoración	
Efecto de color en la medición	Azul y verde objetos parecen más grandes que los objetos amarillos y rojos
Efecto de color en la distancia	Azul y superficies verdes parecen más lejos, pero las superficies de color amarillo y rojo parecen más cerca
Efecto de color en la flexibilidad	Los colores con longitud de onda corta (violeta, azul y verde) hacer que un objeto parezca sin problemas. Colores con longitud de onda larga (amarillo, rojo) crean una sensación de suavidad y flexibilidad.
Efecto de color en la temperatura	Rojo y amarillo son los colores cálidos y el verde y el azul son los colores fríos.
Efecto de color en la dureza	Rojo, amarillo y blanco son los colores duros.

	Azul, verde y negro son los colores suaves
Efecto de color en el peso	Los objetos con colores brillantes parecen más ligeros

(Tabla #20) Fármacos utilizados en los servicios de emergencia para contener una crisis de ansiedad en un menor de edad combativo.

Tipo	Fármaco	Dosis	Vía de administración
Antipsicóticos	Haloperidol	2,5 mg	IM
	Clorpromazina	12,5 mg	IM
	Risperidona	1 mg	VO
BZD	Diazepam	0,12-0,8 mg/kg/día c6-8h	VO
	Lorazepam	0,25-0,50 mg/día	VO
	Clonazepam	0,01-0,03 mg/kg/día	VO
Antihistamínicos	Difenhidramina	5mg/kg/día	VO
	Hidroxicina	2mg/kg/día	VO

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones.

Finalizada la investigación final de graduación se llega a las siguientes conclusiones.

- a. Como resultado de este trabajo de investigación, es posible concluir, que existe una necesidad primordial para reestructurar un área o salón en los servicios de emergencias de los hospitales nacionales para la atención de las crisis de ansiedad en las poblaciones pediátricas, con el fin de brindar una mejor atención a los niños, ya que aislándolos y evitándoles estar expuestos al entorno que se vive en los servicios de urgencias vayan a tener un aumento o exacerbación de los niveles de estrés por la crisis de ansiedad que están padeciendo.
- b. Los principales factores de riesgo; analizados mediante los diferentes estudios ya descritos, se puede confirmar que en la actualidad las crisis de ansiedad en las poblaciones pediátricas, van en aumento y es necesario crear campañas de salud mental en los centros de educación nacionales públicos y privados, para tratar de evitar y con la intención de disminuir el padecimiento de este tipo de patologías psiquiátricas, que pueden llegar a provocar obstáculos o trabas en los niños y niñas a la hora de interactuar en nuestra sociedad.
- c. Como conclusión valoramos el hecho de que el fomentar buenas prácticas para mantener una buena salud mental en los menores de edad, se necesita en apoyo de padres, docentes y profesionales de la salud, para que el menor se sienta respaldado durante y después de la crisis de ansiedad.
- d. El estilo de crianza de los menores de edad dentro de sus hogares constituye un pilar muy importante y fundamental en el desarrollo social en la vida del niño, más eso no llega a determinar si este es propenso o si en algún momento llegara a padecer crisis de ansiedad como tal, según los datos obtenidos en los diferentes estudios consultados.

Recomendaciones.

- a. Tratar de crear conciencia dentro del mismo grupo de profesionales de la salud, en que traten de tener más empatía y en que eviten señalar al menor de edad que presenta una crisis de ansiedad, ya que va a llegar a un servicio de salud en específico a un servicio de emergencias en busca de ayuda por el tipo de padecimiento que lo está agobiando.
- b. Que las autoridades competentes de los diferentes centros hospitalarios que hay en el país, se den cuenta que es necesario contar con las instalaciones y la infraestructura adecuada, para poder brindar un mejor servicio en el abordaje de los pacientes que menores de edad que llegan con una crisis de ansiedad.
- c. Es importante tener conocimiento de los diferentes tipos de terapias alternativas que se le pueden dar al menor, como natación, ciclismo, artes marciales, baile, equitación, entre otras. Que van a ser de gran ayuda para los menores, con el fin de que puedan bajar los niveles de estrés que le generan las cargas cotidianas de estrés.
- d. Fomentar el compromiso de su círculo familiar, para mediante el apoyo de un equipo multidisciplinario que les den una serie de herramientas y consejos para que los familiares puedan dar sostén al menor de edad, ya que, con esto, va a poder mejorar su calidad de vida, que se ha visto deteriorada por las crisis de ansiedad que lo han llevado a consultar en los servicios de emergencia.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paulina Aguilera Pérez, Martha V. Whetsell. La ansiedad en niños hospitalizados. Aquichan, Colombia. Octubre 2017.
2. Revista Española de Cardiología; Características y manejo de los pacientes con dolor torácico no traumático en los servicios de urgencias hospitalarios. Resultados del estudio EVICURE II.
3. Semergen. 2014; 40: e37-e42; Diagnósticos diferenciales del dolor torácico
4. Revista Electrónica educare; el impacto del Bullying en el desarrollo integral y aprendizaje desde la perspectiva de los niños y niñas en edad preescolar y escolar.
5. UTMACH; Abordaje integral de los trastornos de ansiedad generalizada y crisis de pánico en atención primaria de salud
6. Niños en un mundo digital. UNICEF - El Estado Mundial de la Infancia. 2017).
7. Clark Goldstein, PhD. Qué hacer y no hacer cuando los niños están ansiosos. Child Mind Institute. 2022.
8. G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.
9. Paula Tayeh, Patricia Agamez González, Roberto Chaskel. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia **PRECOP SCP 2020: pp. 6-18.**
10. Trastornos de ansiedad. (2019, August 29). Middlesex Health. <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/trastornos-de-ansiedad>.
11. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V)
12. Revista Cubana de Pediatría 2017;87(2):195-204; manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad.
13. G. Ochando Perales, S.P. Peris Cancio; Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. **Pediatr integral 2017; XXI (1): pp. 39-46.**
14. María Ester Morales-Ramírez. Margarita Villalobos-Cordero. El impacto del bullying en el desarrollo integral y aprendizaje desde la perspectiva de los niños y niñas en edad

- preescolar y escolar. Revista Electrónica Educare. 8 Volumen 21 SET-DIC, 2017: pp. 1-20.
15. (Sánchez BIM. Los trastornos psicossomáticos en el niño y el adolescente. MediSan. 2020;24(05):943-961).
16. Fiorella Rusca-Jordán, Carla Cortez-Vergara. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev. Neuropsiquiatría. 2020; 83(3):148-156.
17. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición. Marzo 2020.
18. (M. Pérez Pascual, P. Sánchez Mascaraque. Ansiedad en la infancia y adolescencia. Pediatría integral. Enero 2022, Volumen XXVI. pp. 40-47
19. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados C. Bonet de Luna. Fernández García. Chamón Parra. Pediatría Atención Primaria 2019. pp 471 – 489
20. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras C. Bonet de Luna, M. Fernández, M. Parra. Pediatría Atención Primaria 2019. pp 471 – 489
21. Ruiz Sancho AM. Trastornos de la ansiedad en la infancia y en la adolescencia.
22. M. JOSÉ GÜERRE LOBERA Y NADIA OGANDO PORTILLA; Miedos y fobias en la infancia. **Ventana a otras especialidades 2019, pp. 264-268**
23. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 28 ago. 2019
24. Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. (s/f). Dr. David López - menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. Mayo de 2022
25. Rivalidad entre hermanos: causas y qué hacer desde la crianza. Febrero 2022.
26. P. Sánchez Mascaraque, Daniel S. Cohen. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental de Coslada. Hospital Universitario del Henares. Madrid. MIR Psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia. Adolescere 2020; **VIII: pp. 16-27.**

27. Kimberly Vidriero Leonte, PhD, Anthony Puliafico, PhD, Peter J. Na, MD, MPH, Moira A. Rynn, MD. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Wolters Klumer. UpToDate 2019.
28. Consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos de Ansiedad. (2017, July 4). Centro de Psicología Avanzada. <https://centrodepsicologiaavanzada.com/consecuencias-fisicas-y-psicologicas-de-la-ansiedad>.
29. María José Morales López. Anorexia nerviosa en población pediátrica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. Vol. 36 (2) Setiembre 2019.
30. R. Paricio del Castillo. M. F. Pando Velasco. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ISSN 1130-9512 | E-ISSN: 2660-7271 Volumen 37, número 2, abril-junio de 2020, pp. 30-44.
31. Eulalia Maricela Terreros Argudo, María Isabel Peñaloza Piña, Fernando Córdova Neira. Infecciones Nosocomiales en el Servicio de Pediatría Hospital José Carrasco, IESS-CUENCA. Mayo 2018.
32. Patricia Barlo Ortega. INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA. OCTUBRE 2019.
33. Carmelo MORALES-ANGULO; Rocío GONZÁLEZ-ZUBIZARRETA; Gema MARTIN-TOCA; Al-mudena RAMÍREZ BONILLA; Mónica GOZALO MARGÜELLO; Ana RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ. TOMA DE MUESTRAS NASOFARÍNGEAS PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19. Ediciones Universidad de Salamanca. Mayo de 2020.
34. Nazanin Rahimi, Amir Masoud Dabagh. Estudio del efecto mental del color en la arquitectura interior de los espacios de hospital y su efecto sobre la tranquilidad del paciente. Revista científica del Amazonas. Junio 2018.
35. Eduardo Souza. Cómo la iluminación afecta el estado de ánimo. ArchDaily. Agosto 2019.
36. Worl Federation of Music therapy (WFMT)
37. Bernabéu Pozo Jennifer; Terapia ocupacional y Musicoterapia en los trastornos de ansiedad infantil "Un nuevo enfoque de intervención"

38. Elsevier 2014; Bibiana Iglesias Martínez, Inés Olaya Velázquez. Prevalencia de realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión.
39. Swim England, octubre 2018, Study says swimming benefits mental health.
40. Weekend. Noviembre 2020. Por qué la bicicleta ayuda a combatir el estrés y la ansiedad.
41. Brújula Bike, febrero 2021. El ciclismo puede reducir el estrés y calmar la ansiedad.
42. La Mente es maravillosa. Setiembre 2020. Bailar ayuda a gestionar la ansiedad.
43. Hola.com LIFESTYLE. Abril 2019. Los beneficios de las artes marciales.
44. Equinoterapia: beneficios de la terapia con caballos. (n.d.). Sunrise Medical. Retrieved May 27, 2022, from <https://www.sunrisemedical.es/blog/equinoterapia>.
45. Alejandra Grun Loboguerrero, Valeria Cárdenas Gutiérrez. La equinoterapia y el mindfulness como herramientas para reducir el estrés escolar. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá Facultad de Educación. Noviembre de 2020.
46. Revista Cubana de investigaciones Biomédicas. Relación entre ansiedad y ejercicio físico. **2017;36 (2): pp.169-177.**