



Nº 39 -2023-DG-INSN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 09 de marzo del 2023

Visto, el expediente con Registro DG-004149-2023, que contiene el Memorando N°172-DEIDAEMNA-INSN-2023 mediante el cual se adjunta la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", elaborada por el Servicio de Psiquiatría.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales c) y d) del Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA, contemplan dentro de las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad el de implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, mediante Memorando N°172-DEIDAEMNA-INSN-2023, la Dirección de medicina remite a la Oficina de Gestión de la Calidad la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", elaborada por el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando N°115-2023-DG/INSN, de fecha 01 de marzo de 2023, la Dirección General aprueba la "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", elaborada por el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la opinión favorable de la Dirección General, la Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente y la Visación de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", que consta de 33 páginas, elaborada por el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", en la página web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TAGAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 16027 = R.N.E. 034994

JATM/REK DISTRIBUCIÓN

- () DG
- () DA
- () DEIDAEMNA
- () OEI
- () OAJ
- () OGC



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Servicio Psiquiatría

Enero 2023



ÍNDICE

I. FINALIDAD:	2
II. OBJETIVOS:	2
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:	2
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	2-5
4.1 NOMBRE Y CÓDIGO	5
V. CONSIDERACIONES GENERALES:	6-8
5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:	6
5.2. ETIOLOGÍA:	6
5.3. FISIOPATOLOGÍA:	7
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:	7-8
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:	8-10
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:	10-26
6.1. CUADRO CLÍNICO:	10-11
6.2. DIAGNÓSTICO:	11-20
6.3. EXÁMENES AUXILIARES:	20-21
6.4. MANEJO:	21-24
6.5. COMPLICACIONES:	25
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:	25
6.7. FLUXOGRAMA:	26
VII. RECOMENDACIONES	26
VIII. ANEXOS	26-29
8.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	26
8.2. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA TÉCNICA	27
8.3. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES	28
8.4. INSUMOS, EQUIPOS BIOMÉDICOS Y/O MEDICAMENTOS UTILIZADOS	29
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	29-32





I. FINALIDAD:

Contribuir a que los niños y adolescentes con ansiedad retomen un buen estado de salud mental y ello contribuya a su desarrollo.

II. OBJETIVOS:

Definir y estandarizar criterios de diagnóstico y tratamiento de la Ansiedad en la población Infante - Juvenil en el propósito de resolver dicho cuadro.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente instrumento tiene como ámbito de aplicación a la población que se atiende en el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña y está dirigido a los médicos psiquiatras de éste.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es una experiencia desagradable, caracterizada por cambios emocionales (ej. distress, incomodidad) cognitivos (ej. miedos, temores), indefensión psicológicos (ej. tensión muscular) y conductuales (ej. evitación). El niño ansioso frecuentemente enfocado en el futuro, se muestra atemorizado respecto de algún peligro sea este definido o inespecífico. La ansiedad que es excesiva o contextualmente o desarrollada inapropiadamente causando distress significativo y disfunción, puede ser clasificada como desorden de ansiedad. Aunque rara vez, conocida un poco de ansiedad puede ser también considerada desorden: rasgos de insensibilidad y sin emociones pueden ser una manifestación de acuerdo a Frick (1).

Desde una perspectiva evolutiva, la ansiedad es una respuesta emocional intrínsecamente afinada por selección natural: su mayor propósito es garantizar seguridad, evitar el peligro y mantener a los individuos con vida (al menos el tiempo suficiente para transmitirlo en sus genes). La ansiedad es por lo tanto una faceta importante de la experiencia humana y su funcionamiento según Vallance, et al (2).

En la ICD 10, los desórdenes de ansiedad son clasificados en un grupo de condiciones relacionadas: ansiedad de separación, ansiedad generalizada, fobia social, desorden de pánico y fobias simples (3). Sin embargo, más allá del alcance de este capítulo, la ansiedad puede aparecer en otras condiciones psiquiátricas. En el desorden obsesivo





compulsivo, las obsesiones generan ansiedad que el individuo entonces trata de neutralizar con compulsiones. En efecto la DMS-5 define y diferencia obsesiones y compulsiones a través de su relación causal con ansiedad (4).

La ansiedad también ocurre en el desorden de estrés post-traumático (PTSD por sus siglas en inglés) particularmente cuando recuerdos traumáticos desencadenados. Conducta evitativa e hipervigilancia son comunes y pueden ser vistas como respuestas adaptativas para evitar más peligros, aunque sea excesivo, estresante y/o discapacitante. (2).

Los varios subtipos de desorden de ansiedad probablemente evolucionaron para dar una ventaja selectiva de protección superior contra tipos particulares de peligro, Marks (5). Sin embargo todavía existen puntos en común entre estos subtipos, por ejemplo en sus respuestas conductuales compartidas (Tabla 1). De nuevo, esto pudo ser evolutivamente orientado, reflejando una necesidad de flexibilidad al manejarse con amenazas inciertas o no definidas. Está claro que nuestros ancestros cazadores-recolectores tuvieron que enfrentar múltiples amenazas. predadores, hambruna, clima, caídas y exposición. (2).

Tabla 1: Roles protectivo evolutivos asociados con conductas de ansiedad

Conducta	Rol Protectivo
Escape o evitación	Distancia un individuo de ciertas amenazas
Defensa agresiva	Daña la fuente de peligro





Congelamiento/ inmovilidad	Ayuda a localizar y evaluar el peligro Ocultación Inhibe el reflejo de ataque del depredador
Sumisión / apaciguamiento	Protege al individuo cuando la amenaza proviene del mismo grupo. Sumisión al líder grupal y a las normas grupales previenen del peligro de expulsión del grupo. Una leve timidez puede promover aceptación La ansiedad de separación puede ayudar a promover la adherencia del niño a la madre.

Marks&Nesse (5). citado por Vallance (2)

La cambiante manifestación de ansiedad a través de las diferentes etapas de desarrollo pueden tener también una base evolutiva (tabla 2). Los temores tienden a ocurrir a la edad que ellos se tornan adaptativos: por ejemplo, temor a los animales ocurren de los 2 a 3 años de edad, cuando se sucede un incremento en la exploración, y esto puede ser de un valor de protección. En los adolescentes el desarrollo de la madurez cognitiva provee a los individuos con una creciente capacidad de imaginar y procesar sobre amenazas abstractas. El desarrollo en cuanto a las presentaciones de la ansiedad son de consideración importante: lo que es visto como normal para un niño pequeño puede ser considerado un desorden en un niño mayor. Así por ejemplo, llorar cuando es separado de la madre puede ser algo normal en la edad pre-escolar, pero en un niño de 11 años ello puede ser no usual (2).





Tabla 2. Temor y sus típicas etapas de desarrollo

Edad	Temores típicos
9 meses a 3 años	Movimientos bruscos y ruidos fuertes, separación de cuidadores, extraños
3-6 años	Animales, la oscuridad, "monstruos/fantasmas"
6-12 años	Ansiedad de desempeño
12-18 años	Ansiedad social, temor de fracasar / rechazo
Adulthood	Enfermedad / muerte

Fuente: Vallance & Garralda (6).

NOMBRE Y CÓDIGO

Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (3)

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

F41 Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la infancia





V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

Los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos y problemas de comportamiento relacionados, con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes. El miedo y la ansiedad son fenómenos estrechamente relacionados; el miedo representa una reacción a la amenaza inminente percibida en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro, refiriéndose a la amenaza anticipada percibida. Una característica clave de diferenciación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el miedo son los focos de aprehensión específicos del trastorno, es decir, el estímulo o la situación que desencadena el miedo o la ansiedad. La presentación clínica de la ansiedad y los trastornos relacionados con el miedo generalmente incluye cogniciones asociadas específicas que pueden ayudar a diferenciar entre los trastornos al aclarar el enfoque de la aprehensión. OMS (7).

El Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) es un problema de salud mental. Un niño con TAG tiene mucho temor y miedo que parecen no tener asidero real. Un niño con TAG puede temer cosas como eventos futuros, conductas pasadas y asuntos de familia. El niño puede o no darse cuenta de que su temor es más intenso que lo que demanda la situación. TAG es causada por factores biológicos y ambientales. Una evaluación de salud mental es necesaria para el diagnóstico de TAG. El tratamiento incluye terapias y medicación, Rochester University (8)

5.2. ETIOLOGÍA:

La continua variación fenotípica sugiere (pero no prueba) que los elementos relevantes probablemente son múltiples y numerosos. Muchos factores causales relativamente independientes dan lugar a una variación fenotípica continua, como es observado con muchos fenotipos humanos, ej. altura. De manera similar a fenotipos físicos, los fenotipos psicopatológicos son probablemente el resultado de mixturas específicas de influencias etiológicas numerosas, con ambas proporciones de influencia y de resultantes fenotípicos variando constantemente a través de las personas, Krueger, (9).





5.3 FISIOPATOLOGÍA:

La ansiedad tiene como característica inherente la anticipación del peligro, se manifiesta mediante síntomas neurovegetativos, cognoscitivos, emocionales y conductuales. En ese sentido es la expresión de un proceso multifactorial, con mecanismos genéticos, neuroanatómicos (amígdala, corteza frontoorbitaria y corteza anterior del cíngulo), neuroendocrinos (sistema noradrenérgico, serotoninérgico y receptores benzodiacepínicos), inmunológicos, intrauterinos, perinatales, temperamentales y ambientales. García Cruz, et al (10).

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en niños y adolescentes, particularmente entre niñas (tabla 3). Estas con frecuencia coexisten: en al menos un tercio de niños que presentan trastorno de ansiedad se encuentran criterios para dos o más subtipos. Además, la comorbilidad general con otros desórdenes psiquiátricos – incluyendo desorden desafiante oposicional, déficit de hiperactividad y déficit de atención, abuso de sustancias y depresión- es aproximadamente 40 %; la comorbilidad con desórdenes depresivos es cerca de 28%. Trastornos de ansiedad son frecuentemente encontrados en el espectro autista, con rangos tan altos como de 84% (6).

Tabla 3: Características epidemiológicas de los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Trastorno	Prevalencia %	Edad típica de instalación
T. de Ansiedad de Separación	2-4	Prepubertad
T. de Ansiedad Generalizada	3	Incidencia incrementada en adolescencia
Desorden de Pánico	5	Adolescencia tardía



Fobia Social	1-7	11- 15 años
Fobia Específica	2-4	> 5 años

Fuente: Vallance & Garralda (6). (traducción libre al autor).

Las cifras locales halladas por un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental, para la población de Lima Metropolitana y Callao en el 2013 (11), señalaron:

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNOS CLÍNICOS	PREVALENCIA DE VIDA DE PSICOSIS CON AL MENOS UN CRITERIO POR CONVENCIMIENTO	3,0%	0,6	2,0 ; 4,5	2,06	21,2
	PREVALENCIA ACTUAL EPISODIO DEPRESIVO	7,0%	0,8	5,5 ; 8,7	1,51	11,6
	PREVALENCIA ACTUAL DISTIMIA	0,4%	0,2	0,1 ; 1,1	1,51	50,3
	PREVALENCIA ACTUAL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	0,7%	0,3	0,3 ; 1,7	2,16	46,5
	PREVALENCIA ACTUAL FOBIA SOCIAL	2,9%	0,5	2,1 ; 4,0	1,24	16,8
	PREVALENCIA ACTUAL TAG PURA SIN DEPRESION	3,0%	0,5	2,2 ; 4,1	1,11	15,4
	CONDUCTAS BULÍMICAS	0,9%	0,3	0,5 ; 1,6	1,09	27,7
	TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	6,0%	0,7	4,8 ; 7,5	1,24	11,4

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental (11)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

Los principales factores de riesgo están asociados a:

5.5.1. Factores Familiares y del Medio ambiente:

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida (12) citando a (13). Sin embargo, es frecuente en la consulta médica, encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia. Por otro lado, así como no hay dos personas iguales, puede decirse que no hay dos familias iguales, aunque desde el punto de vista de su estructura tengan la misma tipología (12) citando a (14).

Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito



individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno). (12) citando a (14).

Francis y Noël (2010) destacan que un niño es más propenso a presentar ansiedad cuando la conducta de los padres es amenazante, hostil y de rechazo (Espinosa, 2009). Podemos destacar también otras características como actitudes muy críticas, pocos acogedoras y estilos parentales poco cálidos (Grills-Taquechel & Ollendick, 2012)(15). González, Soriano y Navas (2013) sostienen la existencia de factores familiares que facilitan la aparición de ansiedad en los niños. Entre estos destacan las expectativas de los progenitores, la persistencia en el rendimiento o una permisividad excesiva y la inhibición conductual relacionada con la timidez (15). Todo esto nos hace conscientes de la gran responsabilidad que recae en los progenitores, respecto a la salud emocional de sus hijos. Así, si deseamos que nuestros niños tengan un bienestar tanto físico como mental que les permitan desarrollar todas sus potencialidades, resulta esencial valorar la importancia de los comportamientos empleados por los propios progenitores (15).

5.5.2. Estilos de vida: (inmerso en ítem previo)

5.5.3. Factores hereditarios:

El trastorno de ansiedad generalizada es una condición hereditaria con un moderado riesgo genético (heredabilidad de aproximadamente 30%). Dentro del espectro ansioso, está estrechamente relacionada a ansiedad por separación en la niñez, fobia social y pánico, mientras que en estadios de desarrollo posterior, una combinación entre vertiente genética con otros desórdenes internos, especialmente el trastorno depresivo, se hace aparente. Estudios Genético-ambientales han destacado la importancia de traumas en el desarrollo temprano y recientes eventos de vida estresantes en interacción con marcadores de plasticidad molecular y su combinada relevancia con trastorno de ansiedad generalizada, rasgos de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad (*5-HTT*, *NPSR1*, *COMT*, *MAOA*, *CRHR1*, *RGS2*). Finalmente, aproximaciones farmacogenéticas aplicadas al tratamiento de TAG con SSRI y SNRI apuntan al potencialmente predictivo rol de genes serotoninérgicos candidatos (*5-HTT*,





5-HT2A), tanto como el *COMT* y el gen *CRHR1*. Gottschalk, M. (16)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1. CUADRO CLÍNICO:

6.1.1. Signos y síntomas:

Ballesteros M., et al, (17) realiza una compilación de signos y síntomas: “El niño siente una ansiedad y preocupación excesivas que no se centran en ningún objeto o situación concreta, sino que abarcan una amplia gama de temas o actividades; en los niños son frecuentes las inquietudes sobre acontecimientos futuros o del pasado, su bienestar y el de su familia, su situación y prestigio en el entorno familiar y académico, —esto último más frecuente en la adolescencia (Last, 1989)—, el rendimiento y la calidad de sus trabajos o actividades deportivas, la posibilidad de que ocurra una catástrofe, entre otros. A ello se añade la existencia de quejas somáticas más o menos vagas, que suelen incluir dolor de cabeza o dolores abdominales recurrentes sin evidencia de patología orgánica que los justifique, y la dificultad para relajarse y liberarse de la sensación de tensión continua. Entre adolescentes puede ser un síntoma frecuente la aparición de trastornos del sueño (McGee, 1990). Son niños definidos como excesivamente auto observadores e inseguros, que necesitan y buscan con demasiada frecuencia la aprobación y el apoyo de los que le rodean. Han de asegurarse de la calidad y eficiencia de lo que hacen, y para ello interrogan a los de su entorno y solicitan su conformidad. A su vez son catalogados de impacientes, conformistas, muy poco tolerantes a la frustración, perfeccionistas e “hipermaduros”, lo que implica que, con frecuencia, muestran comportamientos esperados en niños de mayor edad (Strauss, 1990; Popper 1993). Algunos autores además describen en estos niños otros síntomas como onicofagia, tricotilomanía y enuresis nocturna secundaria (Silverman y Ginsburg, 1995)”.

Ballesteros, et al. (17) también agrega: “El TAG suele aparecer hacia los 14 años, cuando comienzan a surgir preocupaciones relacionadas con la consecución de logros, estatus y autoimagen, preocupaciones por otra parte normales dentro del desarrollo, pero que pueden fácilmente convertirse en fuente de ansiedad excesiva para algunas personas”.

6.1.2. Interacción Cronológica:

Sánchez Mascaraque. P (18) lo describe según las siguientes etapas:





Ansiedad en el bebé:

- Llanto.
- Irritabilidad.
- Hipertonía muscular.
- Vómitos.
- Hiperventilación.
- Espasmos de sollozo.

Ansiedad en la Edad Escolar:

- Miedos.
- Síntomas somáticos: dolor abdominal y cefaleas.
- Irritabilidad.
- Alteración de conducta: inquietud, desobediencia, rabietas.
- Insomnio, pesadillas.
- Rituales.

Ansiedad en la Adolescencia:

- Irritabilidad.
- Mareo, dolor torácico.
- Aparecen los miedos sociales.
- Aparecen los síntomas de despersonalización y desrealización.

6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1. Criterios de diagnóstico: (3)





Agorafobia : F40.0 ICD 10 OMS

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia). C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el





aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignan ambos diagnósticos.

Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social) : F40.1 ICD 10 OMS

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.





I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva. Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Fobia Específica : F40.2 ICD 10 OMS

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).





Trastorno de Pánico : F41.0 ICD 10 OMS

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco."
13. Miedo a morir. Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes: 1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, "volverse loco").





2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Trastorno de Ansiedad Generalizada : F41.1 ICD 10 OMS

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).





D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Trastorno de Ansiedad por Separación : F93.0 ICD 10 OMS

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.





6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.

7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

6.2.2. Diagnóstico diferencial:

a. Condiciones Psiquiátricas

El trastorno de ansiedad generalizada se diferencia de las *fobias específicas* en el hecho de que la ansiedad y la preocupación excesiva no se concretan en ningún objeto o situación fobógena, ni se observan conductas de evitación del estímulo fóbico. La *fobia social* se caracteriza, a diferencia del TAG, en que la sintomatología ansiosa solamente aparece cuando el niño se expone a situaciones sociales y no fuera de este contexto. El *trastorno de ansiedad de separación* también se debe distinguir del TAG, en el primer caso la preocupación del niño se dirige a la posible separación de la figura a la que se siente más fuertemente vinculado, mientras que en el segundo son múltiples las posibles fuentes de inquietud, tensión y desasosiego. También es orientativa la edad de inicio, ya que el trastorno de ansiedad de separación suele iniciarse en los primeros años de la escolaridad mientras que el TAG surge con mayor frecuencia hacia los 13-14 años. Los *trastornos depresivos* cursan con sintomatología depresiva más evidente y evolucionan de forma distinta, limitando más las actividades,





las relaciones sociales y el rendimiento académico. Los niños con *trastorno hiperactivo y déficit de atención* mantienen una hiperactividad y falta de preocupación muy distintas del TAG. Ballesteros M., et al, (17).

b. Condiciones Médicas y Drogas que pueden parecer síntomas de ansiedad,

	Características	Posibles Exámenes
Condiciones Médicas		
Hipertiroidismo	Bocio, pérdida de peso, piel caliente y húmeda, intolerancia al calor, oftalmopatía.	Test de función tiroidea
Arritmias	Taquicardia sinusal. La taquicardia más común en la infancia es la supraventricular.	Electrocardiograma y Ecocardiograma
Epilepsia	“temor ictal” puede acompañar crisis focales. Síntomas de ansiedad pueden ocurrir como síntoma prodromico a crisis.	Electroencefalograma
Feocromocitoma	Taquicardia e hipertensión, más presente en adultos jóvenes, pero puede ocurrir tempranamente si es hereditario.	Examen de orina de 24 horas para Acidovanilmandelico y Metadrenalina.
Asma	Síntomas característicos que incluyen sibilancias, tos, opresión en el pecho. Asma está asociada a un mayor riesgo de desorden de pánico y ansiedad de separación	Exámenes de función pulmonar





Drogas		
Drogas callejeras	Anfetamina, Cocaína	Examen de droga en Orina
Simpaticomiméticas	Pseudoefedrina	
Cafeína	Café, Te, bebidas cafeinadas	

Fuente: Vallance & Fernandez (2). *Traducción libre del autor.*

6.3. EXÁMENES AUXILIARES:

6.3.1 De Patología Clínica

No aplica para la presente Guía Técnica de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad.

6.3.2 De Imágenes

Vallance & Fernandez (2) destaca que los pocos estudios de neuroimagen llevados a cabo con niños han mostrado algunos hallazgos estructurales interesantes. Replicando resultados en adultos, Koolschijn et al (2013) encontró una asociación entre el volumen hipocampal izquierdo y puntuaciones altas para ansiedad y depresión en la prueba Lista de Verificación de Conducta Infantil. Milham et al (2005) encontró disminución en la materia gris hipocampal izquierda asociada con desórdenes de ansiedad. Sorprendentemente, un estudio piloto de seguimiento mostró recuperación en el volumen de la sustancia gris hipocampal izquierda después de una intervención exitosa con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) o psicoterapia. (traducción libre del autor).

No se están considerando la solicitud de imágenes salvo que haya asociada el cuadro ansioso a la posibilidad de un cuadro orgánico concomitante en cuyo caso se pedirá evaluación por la especialidad relacionada al proceso orgánico en mención





6.3.3 De exámenes especializados complementarios

No aplicable a la presente Guía Técnica, salvo que haya comorbilidad orgánica, en cuyo caso la especialidad objeto de la comorbilidad realizará las indicaciones respectivas para su seguimiento.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (III-2):

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Medidas generales (19)

Identificar a los individuos o grupos de alto riesgo de desarrollar problemas de ansiedad e introducir estrategias para reducir ese riesgo.

La detección precoz y el tratamiento adecuado de los nuevos casos.

Disminuir el riesgo de recaídas.

Minimizar la discapacidad y la minusvalía en los casos en que los síntomas de ansiedad son prolongados y severos.

Medidas preventivas (19)

PREVENCIÓN PRIMARIA

Identificación de los individuos de alto riesgo

a-Factores de riesgo relacionados con las experiencias.

b-Factores de riesgo relacionados con la vulnerabilidad: incluyen la personalidad, estilo cognitivo y ausencia de apoyo social.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Detección precoz y tratamiento precoz de los nuevos casos.

Mantener un alto grado de sospecha: Es muy importante que el médico de atención primaria se plantee un diagnóstico de ansiedad en todos los casos en los que el paciente se presenta con problemas físicos, cuando éstos no se puedan incluir dentro de una categoría diagnóstica clásica.





Instrumentos de despistaje. Existe una plétora de instrumentos, entre los cuales están los cuestionarios auto-administrados.

Tratamiento precoz de los nuevos casos

Las intervenciones psicológicas forman el eje principal del tratamiento precoz de los nuevos casos de ansiedad en atención primaria, y muchas de ellas son lo suficientemente sencillas y rápidas como para ser llevadas a cabo por los médicos de atención primaria. Hay una gran variedad de intervenciones psicológicas para la prevención secundaria de la ansiedad que son efectivas y están disponibles para la atención primaria.

Intervenciones psicológicas focalizadas.

Se ha evidenciado que las intervenciones psicológicas focalizadas son efectivas en el tratamiento precoz de la ansiedad y trastornos mentales relacionados. La “terapia cognitiva conductual” busca modificar las conductas y los pensamientos negativos del paciente, sin centrarse en las causas subyacentes del problema.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Prevención de recaídas

Se han propuesto varias estrategias psicológicas específicas que es probable que sean de utilidad para reducir el riesgo de recaídas, especialmente si son incluidas en el proceso terapéutico desde el comienzo.

Reducción del daño

Habitualmente los pacientes con ansiedad severa y crónica son bien conocidos por los miembros de los equipos de atención primaria. Estos pacientes deberían ser derivados al menos en una ocasión a la unidad de salud mental, para su valoración y recibir asesoría para su manejo. (20)

6.4.2 Terapéutica

El tratamiento se debe iniciar lo más pronto posible una vez se ha establecido el diagnóstico, para prevenir el desarrollo de problemas secundarios y alteraciones de la funcionalidad. De acuerdo con la evidencia, se recomienda un enfoque de tratamiento multimodal, que incluya la psicoeducación de los padres y el niño sobre el trastorno de ansiedad y su tratamiento, los controles frecuentes con psiquiatría, las intervenciones





psicoterapéuticas, dentro de las cuales la más fuerte evidencia incluye la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia familiar y cuando sea necesaria, la farmacoterapia.(21).

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (21)

A.- Psicoterapias

1.- Psicoterapias individuales

a) Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

b) Psicodinámica

2.- Intervenciones familiares que incluyan terapia familiar, intervenciones padres-hijos, y guía a los padres

B.- Farmacoterapia.

1.- Benzodiacepinas (BZD): aunque los datos disponibles del uso de BZD en los niños siguen siendo limitados, están siendo usadas sobre todo en la ansiedad anticipatoria y en los trastornos de pánico. Considerar siempre riesgo/beneficios. BZD dosis iniciales pequeñas e ir aumentando de forma gradual. Efecto paradójico (sobre todo en niños con hiperactividad conductual asociada). En el período inicial actúa como coadyuvante mientras los IRSS hacen efecto.

Clonazepam 0.01-0.03 mg/kg/día. (22).

2.- Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS): datos preliminares sugieren que pueden ser efectivos en el tratamiento de la ansiedad de niños y adolescentes. ISRS: De primera línea, comenzar por dosis bajas e ir aumentando progresivamente: (22).

Sertralina: dosis de 1-2 mg/kg/día

Fluoxetina: dosis de 0.3-1 mg/kg/día

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Las benzodiacepinas se administran con suma precaución incluso por el médico experimentado, por la posibilidad de desarrollar dependencia y están contraindicadas de forma relativa en niños y adolescentes por el efecto paradójico que pueden





ocasionar y contraindicadas de manera absoluta en los jóvenes con dependencia a sustancias. Las benzodiacepinas deben ser indicadas solo por el especialista cuando evalúe que su uso supera los posibles efectos secundarios (23).

6.4.4 Signos de Alarma

- No adherencia al tratamiento
- Evolución estacionaria del cuadro clínico incluso después de manejo con psicofármacos y/o psicoterapia.
- Ausencia de soporte familiar
- Comorbilidades

6.4.5 Criterios de Alta

Remisión sostenida de cuadro clínico después de retiro de psicofármaco y/o proceso psicoterapéutico.

6.4.6 Pronóstico

El curso de los trastornos ansiosos depende del momento en que se les detecta, del tratamiento y las condiciones ambientales del niño o adolescente. Cuando no son tratados, las repercusiones académicas, sociales y emocionales son importantes. Algunos estudios demuestran que un considerable porcentaje de adultos portadores de depresión mayor; tenían trastorno de ansiedad no tratado en la infancia o adolescencia. Es muy frecuente que conforme transcurre el tiempo, un trastorno no tratado tiende a complicarse en severidad y comorbilidad. Los factores que puede predecir un peor pronóstico son la edad de inicio más temprana, la larga duración de la enfermedad, la historia de hospitalizaciones previas debidas al diagnóstico psiquiátrico, la presencia de rasgos de personalidad muy acentuados que son desadaptativos, la comorbilidad entre diferentes trastornos psiquiátricos, así como la severidad de los síntomas y la historia familiar positiva de trastornos de ansiedad. Algunos otros factores de mal pronóstico son la mala respuesta al tratamiento inicial, la separación de uno de los progenitores por muerte o divorcio, la alta dependencia interpersonal y la clase social baja. (23)





6.5. COMPLICACIONES:

Entre las complicaciones más frecuentes, a menudo relacionadas a la no adherencia del tratamiento, se encuentran: insomnio o problemas para conciliar el sueño, problemas digestivos o intestinales, conducta obsesiva o compulsivas, dolores crónicos de cabeza, bajo rendimiento en su desempeño académica, ideación suicida,, aislamiento social, depresión. (24)

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

6.6.1 Criterios de referencia

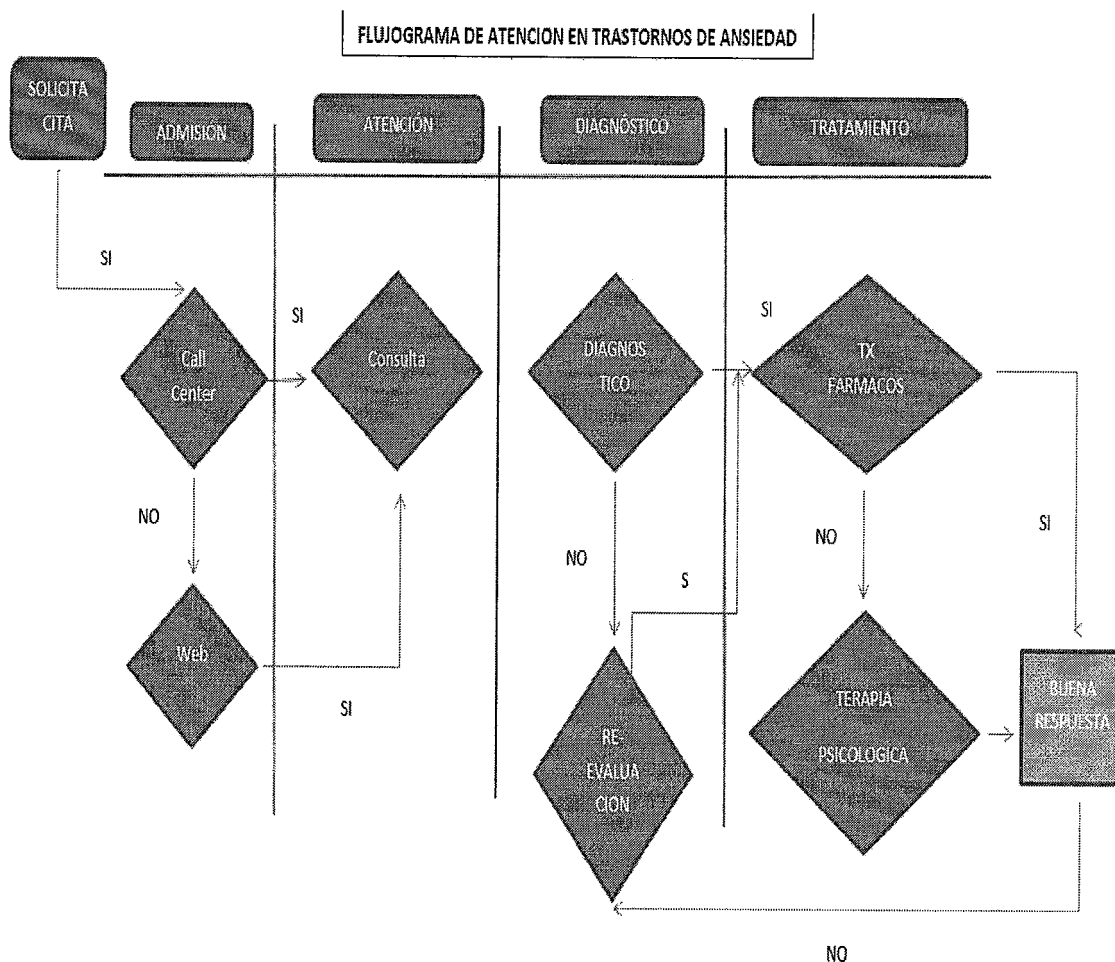
No aplica a la presente Guía

6.6.2 Criterios de contrarreferencia (25)

Referir de un Tercer nivel de atención a un Segundo nivel de atención si ha alcanzado la estabilidad clínica en fase de continuación o mantenimiento.



6.7. FLUXOGRAMA:



VII. RECOMENDACIONES

La presente Guía Técnica debe ser revisada y eventualmente reformulada en un periodo de tres años.

Dado que el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada requiere complementariamente un abordaje psicoterapéutico se hace necesario articular las directrices de manejo por parte del área de Psicología.

En el caso de comorbilidad por patología orgánica asociada, se recomienda prosiga además con las indicaciones brindadas por las otras especialidades.

VIII. ANEXOS

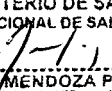
8.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

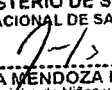
No aplica a la presente Guía Técnica



8.2. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Elaborado por:	Dr. Rolando Varillas Ponce				
Firma y Sello:	 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO DR. ROLANDO VARILLAS PONCE MEDICO PSIQUIATRA MEDICO ASISTENTE - SERVICIO DE PSIQUIATRIA CMP 22652 RNE 14839				
Fecha:	15/02/2023	Hora:	8:00 h	Lugar:	Buena

Revisado por:	Dra. Lita Mendoza Paredes				
Firma y Sello:	 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO Dra. LITA MENDOZA PAREDES Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes Jefe del Servicio de Psiquiatría CMP: 41073 RNE 21347 / 22927				
Fecha:	20/04/2023	Hora:	8:00 h	Lugar:	Buena

	Jefe de Servicio	Jefe de Departamento			
Aprobado por:	Dra. Lita Mendoza Paredes	Dra. Hilda Serpa Salazar			
Firma y Sello:	 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO Dra. LITA MENDOZA PAREDES Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes Jefe del Servicio de Psiquiatría CMP: 41073 RNE 21347 / 22927	 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO HILDA MARIA SERPA SALAZAR MEDICO PSIQUIATRA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL CMP 18250 RNE 19955			
Fecha:	20/02/2023	Hora:	12:00 h	Lugar:	Buena





8.3. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

El/los elaborador(es), el/los revisor(es) y el/los Jefe(s) declaran no tener ningún conflicto de interés potencial con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de la Guía Técnica: *(nombre de la guía técnica)*

ELABORADO POR:

Dr. Rolando Varillas Ponce

Firma y Sello:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
DR. ROLANDO VARILLAS PONCE
MEDICO PSIQUIATRA
MEDICO ASISTENTE - SERVICIO DE PSIQUIATRIA
CMP 22652 RNE 14839

Fecha, hora y lugar: 15/02/2023 8:00h Buña

REVISADO POR:

Dra. Lita Mendoza Paredes

Firma y Sello:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
Dra. LITA MENDOZA PAREDES
Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Jefa del Servicio de Psiquiatría
CMP: 41073 RNE 21347 / 22027

Fecha, hora y lugar: 20/02/2023 8:00h Buña

APROBADO POR:

Jefe de Departamento: Dra. Hilda Serpa Salazar

Jefe de Servicio: Dra. Lita Mendoza Paredes

Firmas y Sellos:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
HILDA MARIA SERPA SALAZAR
MEDICO PSIQUIATRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN,
EVALUACIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
CMP 19985 RNE 19894

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
Dra. LITA MENDOZA PAREDES
Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Jefa del Servicio de Psiquiatría
CMP: 41073 RNE 21347 / 22027

Fecha, hora y lugar: 20/02/2023 12:00h Buña





8.4. INSUMOS, EQUIPOS BIOMÉDICOS Y/O MEDICAMENTOS UTILIZADOS

DCI	Concentración	Forma Farmacéutica	Presentación	Dosis
Clonazepam	2.5 mg/ml	gotas	frasco	0.01-0.03 mg/kg/día
Clonazepam	0.5 mg	tab	blister	0.01-0.03 mg/kg/día
Sertralina	50 mg	tab	blister	1-2 mg/kg/día
Fluoxetina	20 mg.	tab	blister	0.3-1 mg/kg/día

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Frick PJ, et al (1999) The association between anxiety and psychopathic traits dimensions in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27: 383–92.
- (2) Wallance, A. Fernandez, V. Anxiety disorders in children and adolescents: aetiology, diagnosis and treatment. *BJPsych Advances* (2016), vol. 22, 335–344 doi: 10.1192/apt.bp.114.014183.
- (3) World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO
- (4) American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn) (DSM-5)*. APA.
- (5) Marks I, Nesse R (1994) Fear and fitness: an evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15: 247–61.





(6) Vallance AK, Garraalda ME (2011) Anxiety disorders in children and adolescents. In *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Practice* (eds D Skuse, H Bruce, L Dowdney): 169–74.

(7) OMS, CIE 11 Para las estadísticas de morbilidad y mortalidad (versión 04/2019) descargado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

(8) Rochester University, Generalized Anxiety Disorder (GAD) in Child and Teens, descargado de

[https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P02565#:~:text=children%20and%20teens-,Generalized%20anxiety%20disorder%20\(GAD\)%20is%20a%20mental%20health%20problem...past%20behaviors%2C%20and%20family%20matters.&text=GAD%20is%20caused%20by%20both%20biological%20and%20environmental%20factors.,-A%20mental%20health](https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P02565#:~:text=children%20and%20teens-,Generalized%20anxiety%20disorder%20(GAD)%20is%20a%20mental%20health%20problem...past%20behaviors%2C%20and%20family%20matters.&text=GAD%20is%20caused%20by%20both%20biological%20and%20environmental%20factors.,-A%20mental%20health)

(9) Kruger, Robert. F., Progress in achieving quantitative classification of psychopathology, (World Psychiatry 2018;17: 282–293).

(10) García Cruz JM, et al. Trastorno de ansiedad. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] , Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/XX/titulo-algoritmo>

(11) Instituto Nacional de Salud Mental, Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, replicación 2012. Informe General., Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.

(12) Vargas, H. (2014) Rev Med Hered. 2014; 25:57-59. descargado de:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2e1.pdf>

(13) López- Jiménez MT, Barrera MI, Cortés JF, Metzi MJ. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y sus familiares. Salud Mental. 2011; 34:111-120.

(14) Soriano-Fuentes S, et al. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. Medicina de Familia (And). 2003; 2: 130- 135

(15) Aguilar-Yamuza, et al. Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 6. Nº. 1 - Enero 2019 - pp 36-43. Universidad de Córdoba, España.





- (16) Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 159–168. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/kdomschke>,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573560/>
- (17) Ballesteros et al, M. C. (27 de septiembre de 2018). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Obtenido de Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: https://psiquiatria.com/tratado/cap_36.pdf
- (18) Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para el Manejo de Ansiedad. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Tomado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf
- (19) Hernández Sanchez, M. et al, Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Adaptación en Atención Primaria, Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat, tomado de [https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?lang=en&q=au:%22Hern%C3%A1ndez%20S%C3%A1nchez,%20M%C2%AA%20Magdalena...%20\[et%20al.\]%22](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?lang=en&q=au:%22Hern%C3%A1ndez%20S%C3%A1nchez,%20M%C2%AA%20Magdalena...%20[et%20al.]%22)
- (20) Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS, 2018. Tomado de :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836909/pdf/main.pdf>
- (21) Tayeh, P. et al, Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Descargado de <https://scp.com.co> › uploads › 2016/04
- (22) Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA), Protocolos Clínicos , Editorial Siglo S.L. Madrid , 2010.
- (23) Cárdenas, EM, et al. Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México 2010.
- (24) Área Andina, Fundación Universitaria del Area Andina, Trastorno de ansiedad en niños: ¿Cómo identificarlo y tratarlo? descargado de: <https://www.areandina.edu.co/blogs/tastorno-de-ansiedad-en-ninos-como-controlarlo>





(25) Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; 2019 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

