

COMUNIC. 9637

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 160 -2020-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 27 de Noviembre de 2014

Vistos; la Nota Informativa N°145-2020-OGC-HVLH/MINSA y el Memorando N° 073-DNA-HVLH-2020;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la atención de la salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, conforme lo establece en el artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

Que, mediante los documentos del Visto, la Jefa del Departamento de Psiquiatría del Niños y del Adolescente, remite al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera, la Guía de Práctica Clínica en Salud Mental: "Trastornos de Ansiedad", para gestionar su aprobación, a fin de contribuir al correcto diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales que tienen como síntoma principal la ansiedad entre la población infantil y adolescente; siendo su objetivo implementar las buenas prácticas clínicas y maximizar la calidad y eficiencia de los servicios;

Que, mediante Nota Informativa N° 125-2020-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que las Guía de Práctica Clínica en Salud Mental: "Trastornos de Ansiedad" del hospital Víctor Larco Herrera, cumplen con el modelo de estructura para las Guía de Práctica Clínica, indicada en el Anexo 16 del Documento Técnico:



Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA; por tanto se disponga su aprobación mediante acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Jefa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

Con el visto bueno de la Jefa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente, de la Jefa la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR la GUIA DE PRÁCTICA CLINICA EN SALUD MENTAL:

"TRASTORNOS DE ANSIEDAD"

Artículo Segundo.- DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/JRCR/MYRV.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Departamento del Niño y Adolescente
- Archivo



**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**

**Guía de Práctica Clínica
en Salud Mental:
Trastornos de Ansiedad**



ÍNDICE

I. FINALIDAD	1
II. OBJETIVO	1
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	1
IV. PROCESO A ESTANDARIZAR	1
V. CONSIDERACIONES GENERALES	1
5.1 DEFINICIÓN	
5.2 ETIOLOGÍA	
5.3 FISIOPATOLOGÍA	
5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	
5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	16
1. CUADRO CLÍNICO	
2. DIAGNÓSTICO	
3. EXAMENES AUXILIARES	
4. MANEJO	
5. COMPLICACIONES	
6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
7. FLUJOGRAMA	
VII. BIBLIOGRAFÍA	28



GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

I. FINALIDAD

Contribuir al correcto diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales que tienen como síntoma principal la ansiedad entre la población infantil y adolescente que consulta al Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital "Víctor Larco Herrera"

II. OBJETIVO

Establecer los criterios técnicos para la realización del diagnóstico y tratamiento de los menores con desórdenes de ansiedad implementando las buenas prácticas clínicas y maximizando la calidad y eficiencia de los servicios.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es de aplicación en el Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital "Víctor Larco Herrera"

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

F40.0	Agorafobia
F40.1	Fobia social
F40.2	Fobia específica
F41.0	Trastorno de pánico
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F93.0	Trastorno de ansiedad de separación de la infancia
F94.0	Mutismo selectivo

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definición

La ansiedad es un fenómeno normal defensivo ante situaciones que implican riesgo, peligro o compromiso y ayuda a alertar al individuo ante posibles peligros. Es la base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. Como síntoma la ansiedad es desadaptativa, compromete la eficacia y forma parte de un gran número de cuadros clínicos en la infancia, lo que dificulta la realización de un estudio sistemático de la misma. Siendo los trastornos de ansiedad una de las categorías diagnósticas más prevalentes de la psiquiatría del niño y adolescente es imprescindible distinguir la angustia normal de la patológica teniendo en cuenta la edad del niño y su nivel madurativo, ya que muchas reacciones que en el adulto implicarían un determinado diagnóstico, en el niño son expresiones de su etapa evolutiva ^(12, 15)

Ansiedad y sus diferentes significados ⁽⁵⁾

- **Ansiedad y angustia:** Son usados como vocablos sinónimos.



- **Ansiedad y estrés:** el estrés es siempre la respuesta a un estresor, en tanto que ansiedad puede ser parte del estrés o ser un trastorno independiente.
- **Ansiedad y miedo:** ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en que la causa no está totalmente reconocida por la persona y en el miedo se reconoce el peligro real.
- **Ansiedad como sentimiento:** es una experiencia subjetiva normal, sensación de tensión provocada por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.
- **Ansiedad como síntoma:** la ansiedad es un síntoma psicológico que aparece en diferentes trastornos psiquiátricos. Puede formar parte de diferentes trastornos psiquiátricos y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión
- **Ansiedad como síndrome:** es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad.
- **Ansiedad como trastorno:** Es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento; es por lo tanto un trastorno primario

Definición de los trastornos de ansiedad (DSM V)

La Clasificación DSM-5 (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases; APA) incluye siete trastornos de ansiedad en niños ⁽¹⁾:

F 40.0 Agorafobia: Es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por el temor a estar en espacios abiertos o cerrados, hacer cola o estar con multitud, temor al uso del transporte público. y a encontrarse solo fuera de casa. Temor por presentar una crisis de pánico o síntomas incapacitantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría recibir ayuda. Estas situaciones son evitadas y a menudo requieren de un acompañante.

F 40.1 Ansiedad Social: Se caracteriza por la presencia de miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser observado o examinado. La idea es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros. Esta idea suele dar como respuesta una conducta de evitación.

F 40.2 Fobia específica: Se caracteriza por el miedo ante situaciones u objetos precisos los cuales se evitan. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado.

F 41.0 Trastorno de pánico: Se caracteriza por la presencia de crisis de pánico inesperadas y recurrentes. Hay una aparición súbita de síntomas de miedo y malestar intensos que alcanzan su máximo nivel en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y cognitivos. Las crisis ocurren en forma aislada, brusca, sin razón aparente, existiendo periodos en los cuales el niño o adolescente se siente bien.

F 41.1 Trastorno de ansiedad generalizada: En este trastorno existe una ansiedad persistente y excesiva. Una preocupación que no está



limitada y no predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular y que es percibida como difícil de controlar. Está acompañada de síntomas físicos como inquietud, sensación de excitación o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

F 93.0 Trastorno de ansiedad por separación: Se caracteriza por una ansiedad excesiva ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe el miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes se está vinculado y rechazo a separarse de ellas.

F 94.0 Mutismo selectivo: Se caracteriza por una incapacidad de hablar en las situaciones sociales en las que hay expectativa de hablar (p. ej, en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones. La falta del habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o bien altera la comunicación social normal.

5.2 Etiología

En la etiología de los trastornos de ansiedad están implicados múltiples factores, así tenemos a los factores genéticos, temperamentales, ambientales, familiares y sociales. Estos factores pueden actuar como factores predisponentes o desencadenantes en personalidades predispuestas por su vulnerabilidad ⁽¹²⁾. Barlow (2002) definió tres grupos de factores etiológicos de vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos de ansiedad los cuales interactúan entre sí: ⁽³⁾

- Vulnerabilidad biológica generalizada, especialmente relacionada a factores genéticos.
- Vulnerabilidad psicológica generalizada, resultante de las experiencias en los primeros años de vida (relaciones de apego).
- Vulnerabilidad psicológica específica, relacionada a eventos o circunstancias particulares.

Las dos primeras están relacionada al desarrollo de los trastornos de ansiedad en general, y la tercera, al desarrollo de trastornos específicos

Factores biológicos

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno. El temperamento también representa una vulnerabilidad biológica, expresa un 50-65% de la varianza de personalidad de forma independiente. Se manifiesta precozmente, inclusive en la infancia temprana, predice la conducta en la adolescencia y la adultez y es estable a lo largo de la vida. Niños pasivos, con tendencia a una timidez extrema, que presentan miedo o evitación ante situaciones nuevas o desconocidas, tienen significativamente mayor probabilidad de manifestar ansiedad en edades posteriores.



Factores psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

Factores cognitivos y conductuales

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás ⁽¹⁵⁾

5.3 Fisiopatología

Modelo neuroanatómico de la ansiedad

Las estructuras neuroanatómicas que participan en los trastornos de ansiedad son: la amígdala, locus ceruleus, tálamo, hipotálamo, substancia gris periacueductal, hipocampo y corteza orbitofrontal.

En la ansiedad participan estructuras cortico-subcorticales de la siguiente manera: La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras dar lugar a las siguientes reacciones:

- a) Con el striatum hay una activación motor-esquelética para "huir o atacar".
- b) Con el núcleo parabrancial se aumenta la frecuencia respiratoria.
- c) Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
- d) Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.
- e) Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.



c. Hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiacepínicos

Hay dos tipos de receptores GABA, el A y el B, ambos abundan en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza. El GABA-A es un complejo receptor macromoleculcular postsináptico que incluye un canal de cloro y funcionalmente asociado a receptores benzodiacepínicos. Cuando este receptor es activado incrementa el flujo de cloro, disminuyendo la excitabilidad neuronal y finalmente provocando una acción inhibitoria. El receptor GABA-B es presináptico y al ser estimulado inhibe la liberación de GABA y algunos aminoácidos excitatorios. El ácido valproico ha demostrado su efectividad en el manejo del trastorno de pánico gracias a su acción gabaérgica.

d. Hipersensibilidad de quimiorreceptores del lactato y del CO₂

El hecho que el lactato provoque en el trastorno por pánico una exagerada respuesta de ansiedad y no así en la fobia social y que el CO₂ induzca ataques de pánico en los dos trastornos, pero con menor intensidad y frecuencia en la fobia social, plantea la posibilidad de una hipersensibilización diferente de los quimiorreceptores para ambas enfermedades, que provocaría una hiperactivación de locus ceruleus ⁽¹⁵⁾

2. Disfunción serotoninérgica**a. Hipersensibilidad de los receptores 5HT del locus ceruleus**

En el trastorno de pánico se piensa que existe una hipersensibilidad de los receptores 5-HT_{1D}, que tienen efecto inhibitorio de las neuronas gabaérgica y consecuentemente estimula la actividad de locus ceruleus. En las investigaciones realizadas en la fobia social se evidencia más bien una hipersensibilidad de los receptores 5HT-2 y no de los 5-HT-1 no viéndose afectada la liberación de prolactina, que está bajo la responsabilidad de los receptores 5HT-1⁽¹⁵⁾. Algunas investigaciones sugieren que en el trastorno de ansiedad generalizada existe una hipersensibilidad de los receptores 5HT-2A y 5HT-2C, ya que antagonistas de los primeros como la amitriptilina y la clomipramina y desensibilizadores de los segundos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los inhibidores de la MAO, utilizados a largo plazo, tienen efectos ansiolíticos ⁽¹⁵⁾.

b. "Down regulation" de los receptores 5HT₁ presinápticos de la corteza prefrontal

En los pacientes con ansiedad se sospecha también una "down regulation" de los receptores presinápticos 5-HT_{1A} de la corteza prefrontal, que provocaría un aumento en la liberación de serotonina que induce un efecto inhibitorio sobre las proyecciones GABAérgicas que va de la corteza al locus ceruleus, provocando un "encendido" de éste ⁽¹⁵⁾.

c. Hiperactividad serotoninérgica de la vía rafe- amígdala-corteza prefrontal

Es la vía ascendente que va de los núcleos dorsales del rafe a la amígdala y la corteza prefrontal que provoca el miedo condicionado, aquí la acción de la serotonina es ansiogénica. La hiperactividad serotoninérgica en esta vía sería la responsable de la fobia social.

d. Hipoactividad serotoninérgica: vía rafe-sustancia gris periacueductal

Es la otra vía involucrada en la ansiedad. Va de los núcleos dorsales del rafe a la sustancia periacueductal que inhibe el miedo no condicionado, aquí la acción de la serotonina es ansiolítica. La hipoactividad serotoninérgica en esta vía sería la responsable del trastorno de pánico ⁽¹⁵⁾



e. Disminución de los niveles de serotonina en LCR.

Una anormal disminución de la actividad serotoninérgica daría lugar a una activación del locus ceruleus y por lo tanto a la producción de síntomas de ansiedad. Se ha demostrado también una disminución de los niveles de serotonina en el plasma y en líquido cefalorraquídeo en trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada ⁽¹⁵⁾

3. Disfunción dopaminérgica

En condiciones normales la serotonina estimula los heterorreceptores 5-HT_{1D}, 5HT_{2A}, 5HT_{2C} localizado en las fibras nerviosas dopaminérgicas, con la consecuente inhibición de la liberación de dopamina del botón presináptico hacia el espacio intersináptico.

a. Hiperactividad dopaminérgica a través de una hiposerotoninergia en la vía rafe-substancia gris en los trastornos obsesivos compulsivos.

b. Hipoactividad dopaminérgica (evidencias indirectas) en la fobia social.

4. Hiperactividad del CRF

El factor liberador de corticotropina (CRF) se encuentra distribuido en amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, cíngulo, locus ceruleus, tálamo, substancia periacueductal y cerebelo, todas ellas implicadas en el estrés. La administración de CRF aumenta la actividad noradrenérgica y viceversa ⁽¹⁵⁾

5. Hipersensibilidad de los receptores de colecistoquinina

Este neurotransmisor interactúa extensamente con los sistemas gabaérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos y se piensa que juega un rol de modulación en la ansiedad ⁽¹⁵⁾

5.4 Epidemiología

Hace no muchos años se pensaba que los trastornos de ansiedad en niños eran un problema raro y de impacto relativamente bajo. Es por lo que nuestro conocimiento empírico sobre la ansiedad infantil es menos amplio que para dichos trastornos en los adultos. Sin embargo, en los últimos 15 a 20 años se ha observado un incremento en el número de estudios que abordan la ansiedad en los niños ⁽¹⁴⁾

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad varían considerablemente entre los diferentes estudios y países debido a diversos factores, entre ellos el diseño del estudio epidemiológico, las variaciones en los criterios diagnósticos, la fuente de información empleada en el estudio, los instrumentos de evaluación y la forma de selección de las muestras ⁽¹²⁾. Esto hace necesario que se establezcan requerimientos para generar prevalencias confiables tales como el tamaño de muestra adecuado y que esta sea representativa, el uso de medidas de evaluación estandarizadas que generen diagnósticos exactos, aceptados internacionalmente y las mediciones de discapacidad social. Los problemas más frecuentes son la pérdida de precisión en los estudios de dos fases, la comorbilidad y la incapacidad de la mayoría de las entrevistas estructuradas de abordar casos subsindrómicos. En niños y adolescentes existe la complejidad adicional que es necesario combinar los reportes de varios informantes, siendo la confiabilidad y concordancia variable según la edad del niño ⁽⁶⁾

Prevalencia internacional

Los trastornos de ansiedad pese a integrar el grupo de enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la niñez (1), es el de menor consulta. En EE. UU. los estudios muestran una prevalencia de alrededor de 10% (3), lo que ubica estos trastornos entre los más frecuentes en la patología psiquiátrica infantil. Sin embargo, en los estudios realizados en clínicas



especializadas, la prevalencia en la consulta no es de las más altas. Es decir, son cuadros muy prevalentes en el niño, pero poco diagnosticados⁽⁸⁾ La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de dichos trastornos oscila entre un 3% y un 21% (1-3,5). Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia están asociados a dificultades académicas y sociales. Por otra parte, es frecuente la coocurrencia de varios trastornos de ansiedad en un mismo paciente. Un 33% de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más trastornos de ansiedad. Además, se encuentra comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, fundamentalmente con depresión, con rangos que varían entre el 28 y el 68%⁽¹²⁾

En general, alrededor de 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad durante un período determinado en la población occidental⁽¹⁴⁾. En la mayoría de los estudios la prevalencia es más alta para las fobias específicas, y moderada para la ansiedad por separación, ansiedad generalizada y fobia social. Se registran tasas considerablemente más bajas para el trastorno obsesivo compulsivo, y para el trastorno de estrés postraumático se registran tasas aún más bajas⁽¹⁴⁾

Flora de la Barra (2009) hace una revisión sistemática de los estudios de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. Los estudios demuestran una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, 1 uno de cada 5 niños y 1 de cada 10 si se agrega el criterio de discapacidad. Sólo el 16% recibía atención y muchos de los que eran atendidos no tenían trastornos psiquiátricos. En esta revisión el estudio de Puerto Rico (Canino 2009) realizado en niños de 4 a 17 años, ubica el trastorno de ansiedad en un tercer lugar con un 2.9%, después del TDAH (3.7%) y el trastorno desafiante oposicionista (3.4%). En otro estudio realizado en Taubaté, Brasil (2004) en una población de escolares de 7 a 14 años los trastornos de ansiedad ocuparon el segundo lugar con un 5.2% detrás de los trastornos disruptivos (7%). En el estudio de ciudad de México (2009) se encontró una prevalencia de 39.4% de trastornos psiquiátricos entre adolescentes de 12 y 17 años, de los cuales 29.8% fueron trastornos de ansiedad seguido de los trastornos del control de impulsos con un 15,3% y los T, del ánimo con un 7.2%^(2,6) hace referencia a los datos epidemiológicos reportados por Kessler (2007) que indican la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la comunidad pediátrica está entre el 4 % y el 7% utilizando los criterios del DSM-IV (ajustados por discapacidad), con una incidencia acumulada del 10% hacia los 16 años⁽²⁾

La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de dichos trastornos oscila entre un 3% y un 21%. Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia están asociados a dificultades académicas y sociales. Por otra parte, es frecuente la coocurrencia de varios trastornos de ansiedad en un mismo paciente. Un 33% de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más trastornos de ansiedad. Además, se encuentra comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, fundamentalmente con depresión, con rangos que varían entre el 28 y el 68% (1,4). Si a esta prevalencia elevada le añadimos las consecuencias nocivas que conlleva la ansiedad para la vida del sujeto, conocer los factores que facilitan su aparición o están relacionados con su etiología es



de gran utilidad, no solo para detectar los sujetos de riesgo, sino para desarrollar estrategias de intervención y prevención eficaces ⁽¹²⁾

En Chile se realizó un estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población de niños y adolescentes de 4 a 18 años. Este estudio publicado en el 2012 encuentra una prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico+ discapacidad psicossocial de 22,5%. Los grupos de Trastornos que mostraron más alta prevalencia fueron los Disruptivos, con 14,6 %, seguidos de los T. Ansiosos con un 8.3%. El trastorno ansioso más frecuente fue la angustia de separación con un 4.8%, seguido de la fobia social con un 3.7% y la ansiedad generalizada con un 3.2%. Todos los trastornos ansiosos fueron más frecuentes en mujeres ⁽⁷⁾

Prevalencia en el Perú

En el "Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007" se aplicaron las escalas de problemas orientados al DSM. Los resultados en el grupo de niños de 1,5 a 5 años los problemas de ansiedad ocuparon el segundo lugar con una media de 4.23 (4.07 en niños y 4.39 niñas). En los niños de 6 a 10 años los problemas de ansiedad siguen ocupando el segundo lugar con una media de 2.86 (2.89 en niños y 2.83 en niñas). En los adolescentes de 11 a 14 años la media de los problemas de estrés postraumático ocupó el primer lugar con una media de 5.00 (4.98 en varones y 5.03 en mujeres), los problemas de ansiedad estuvieron en quinto lugar con una media de 2.46 (2.35 para varones y 2.58 para mujeres). En los adolescentes de 15 a 18 años la media del estrés post traumático ocupó el primer lugar con una media de 4.98 (4.86 para varones y 5.11 para mujeres) y el quinto lugar los problemas de ansiedad con una media de 2.23 (1.94 para varones y 2.54 para mujeres). El estudio evaluó también la prevalencia de los diversos trastornos clínicos según la CIE-10. En el grupo de niños de 6 a 10 años la fobia específica se presenta en un 4.9%, el trastorno de ansiedad generalizada en un 3%, el trastorno de ansiedad de separación en un 2.35% al igual que la fobia social, el trastorno de estrés postraumático con un 0.3%, agorafobia un 0.3%, angustia con agorafobia un 0.2% y angustia sin agorafobia un 0.1% ⁽⁹⁾. Otro estudio fue el realizado por Mendoza Amaya y col quienes buscaron determinar si existía la relación entre la presencia de trastornos de ansiedad y el antecedente familiar de haber sufrido experiencias de violencia política en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. Ellos encontraron que los adolescentes que tenían el antecedente familiar de haber sufrido la muerte de algún familiar como consecuencia de hechos directamente vinculados a la violencia política tenían mayor posibilidad de presentar ansiedad generalizada que sus pares que no tenían ese antecedente ⁽¹¹⁾

Prevalencia por trastornos (DSM V)

Agorafobia: Cada año aproximadamente el 1.7% de los adolescentes y los adultos es diagnosticado de agorafobia. Las mujeres tienen el doble de probabilidades de experimentar agorafobia. La agorafobia puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia máxima se encuentra en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana. Las tasas de prevalencia no parecen variar en los diferentes grupos culturales o raciales.

Trastorno de ansiedad social: En Estados Unidos la prevalencia anual estimada del trastorno de ansiedad social es de aproximadamente el 7%. En gran parte del mundo la prevalencia anual estimada es menor, alrededor de un 0.5 a 2%, la prevalencia media en Europa es del 2.3%. Las tasas de prevalencia anual en los niños y adolescentes son comparables a la de los



adultos. La tasa de prevalencia disminuye con la edad. En la población general se han encontrado cifras más altas del trastorno de ansiedad social en las mujeres que en los varones. Ochando (2017) refiere que la frecuencia es igual tanto en niños como en niñas. La diferencia entre géneros sería más marcada en los adolescentes y los adultos jóvenes.

Fobia específica: En estados Unidos, la prevalencia anual de la fobia específica es de 5% en los niños y del 16% entre los de 13 a 17 años. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones en una proporción de 2:1, aunque las tasas varían según el estímulo fóbico. En las mujeres predominan las fobias específicas a los animales, al entorno natural y situacional, mientras que la fobia a la sangre-inyección herida se produce de una forma similar en ambos sexos.

Trastorno de pánico: En la población general, la prevalencia anual estimada para el trastorno de pánico en Estados Unidos y en varios países europeos está entre 2 a 3% en los adultos y los adolescentes. En los países asiáticos, africanos y latinoamericanos las estimaciones son más bajas del 0.1 al 0.8%. Las mujeres se ven más afectadas que los varones en una proporción aproximadamente de 2:1. Esta diferenciación es observable antes de los 14 años. Aunque los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, la prevalencia global de trastornos de pánico es baja antes de los 14 años (<0.4%). Los índices de trastorno de pánico muestran un aumento gradual durante la adolescencia particularmente en las mujeres y posiblemente a raíz de la aparición de la pubertad.

Trastorno de ansiedad por separación: La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación en los niños de Estados Unidos en un período entre 6 y 12 meses es del 4% y en los adolescentes, la prevalencia anual es del 1.6%. La prevalencia de este trastorno disminuye desde la infancia hasta la adolescencia. Es el trastorno más prevalente en los niños menores de 12 años. En las poblaciones clínicas de niños, el trastorno tiene la misma frecuencia en los varones y en las mujeres.

Mutismo selectivo: Es un trastorno relativamente infrecuente y no ha sido considerado como categoría diagnóstica en los estudios de prevalencia de las enfermedades de la infancia. La prevalencia puntual, utilizando diversas muestras clínicas o escolares, oscila entre el 0.03 y el 1% dependiendo del tipo de población (p. ej., la clínica frente a la escolar y ésta frente a la general) y las edades de los sujetos de la muestra. La prevalencia de la enfermedad no parece variar según el género, ni la raza ni la etnia. El trastorno es más probable que se manifieste en los niños pequeños que en los adolescentes y los adultos.

Fobia escolar: Se estima una prevalencia aproximada de 1%, afectando a ambos sexos por igual. Se observa principalmente en niños entre los 11 y 14 años, aunque puede observarse a partir de los 5 años, siendo más evidente en los períodos de transición escolar de primaria a secundaria ⁽¹²⁾

Prevalencia en el Perú

En el "Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007" se aplicaron las escalas de problemas orientados al DSM. Los resultados en el grupo de niños de 1,5 a 5 años los problemas de ansiedad ocuparon el segundo lugar con una media de 4.23 (4.07 en niños y 4.39 niñas). En los niños de 6 a 10 años los problemas de ansiedad siguen ocupando el segundo lugar con una media de 2.86 (2.89 en niños y 2.83 en niñas). En los adolescentes de 11 a 14 años la media de los problemas de estrés postraumático ocupó el primer lugar con una media de 5.00 (4.98 en varones y 5.03 en mujeres), los problemas de ansiedad estuvieron en quinto lugar con una media de 2.46 (2.35 para varones y 2.58



para mujeres). En los adolescentes de 15 a 18 años la media del estrés post traumático ocupó el primer lugar con una media de 4.98 (4.86 para varones y 5.11 para mujeres) y el quinto lugar los problemas de ansiedad con una media de 2.23 (1.94 para varones y 2.54 para mujeres). El estudio evaluó también la prevalencia de los diversos trastornos clínicos según la CIE-10. En el grupo de niños de 6 a 10 años la fobia específica se presenta en un 4.9%, el trastorno de ansiedad generalizada en un 3%, el trastorno de ansiedad de separación en un 2.35% al igual que la fobia social, el trastorno de estrés postraumático con un 0.3%, agorafobia un 0.3%, angustia con agorafobia un 0.2% y angustia sin agorafobia un 0.1% ⁽⁹⁾

Distribución por género

En la población general los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres. Para la mayoría de los estudios poblacionales de trastornos de ansiedad se estima que los padecen alrededor de 1,5 a 2 veces más las mujeres que hombres. Existe alguna evidencia de que esta diferencia de género aparece muy temprano -tan prematuramente como los 5 años. En cambio, en las muestras de pacientes que buscan tratamiento en sociedades occidentales, las distribuciones son más equivalentes e incluso incluyen un poco más a los hombres ⁽¹⁴⁾

Ochande hace referencia a estudios en los cuales en la fobia escolar y la ansiedad social la frecuencia es igual en ambos sexos. Mientras que en el trastorno de pánico existe el predominio de casos en mujeres ⁽¹²⁾

En el estudio epidemiológico chileno (2012) todos los trastornos ansiosos fueron más frecuentes en mujeres: la ansiedad de separación fue de 4.0% para varones y 5.7% para mujeres, La fobia social fue 1.87% para varones y 5.7% para mujeres y la ansiedad generalizada fue de 1.2% para varones y de 5.3% para mujeres.

En el Perú el estudio epidemiológico de Lima Metropolitana a diferencia del estudio chileno, en el grupo de 6 a 10 años los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes en niños que en niñas. En la fobia específica el porcentaje fue de 6% niños y 4% niñas, en el trastorno de ansiedad generalizada 3.2% en niños y 2.8% en niñas, en el trastorno de ansiedad de separación al igual que en la fobia social 2.7% en niños y 2.0% en niñas, en agorafobia 0.7% en niños y 0 % en niñas, en el trastorno de angustia con agorafobia 0.2% en ambos sexos y en angustia sin agorafobia 0.2 % en niños y 0.1% en niñas.

Edad de inicio

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos de aparición más temprana y en la mayoría de los casos comienzan entre la segunda infancia y la adolescencia media. Como se discutirá más adelante, es común que los trastornos de ansiedad aparezcan dentro de un contexto de inhibición temperamental (ver más abajo) y timidez. Por lo tanto, con frecuencia es difícil determinar exactamente cuándo comienza el trastorno de ansiedad y se puede decir, en cierta medida, que los niños ansiosos a menudo lo son desde su nacimiento. Sin embargo, las estimaciones de edad promedio de inicio para los diferentes trastornos son las siguientes (estas son estimaciones, en casos individuales el trastorno puede comenzar antes)

Fobia específica: aparece en la infancia y en la adolescencia. La fobia a los animales en la primera infancia, entre los 6 a 7 años ⁽¹⁴⁾. La fobia escolar entre los 11 y 14 años, aunque también puede aparecer a los 5 años

Fobia escolar: Se estima una prevalencia aproximada de 1%, se observa principalmente en niños entre los 11 y 14 años, aunque puede observarse a



partir de los 5 años, siendo más evidente en los períodos de transición escolar de primaria a secundaria ⁽¹²⁾

Trastorno de ansiedad de separación: en la primera a segunda infancia, entre los de los 7 a 8 años ⁽¹⁴⁾

Trastorno de ansiedad generalizada: aparece hacia el final de la infancia, entre los 10 a 12 años ⁽¹⁴⁾

Trastorno de pánico: suele aparecer en la adolescencia, entre los 12 y 17 años ⁽¹²⁾

Trastorno de ansiedad social: se inicia en la adolescencia temprana, entre los 11 a 13 años ⁽¹⁴⁾

Comorbilidad

La ansiedad infantil debe enfocarse como un espectro en lugar de centrarse en un trastorno único. Una de las razones principales de esto es la fuerte superposición entre los trastornos de ansiedad y entre la ansiedad y otros trastornos internalizantes, en especial la depresión. Los niños con ansiedad clínica rara vez cumplen criterios para solamente un trastorno. Dentro de la población que busca tratamiento, alrededor del 80% a 90% cumple criterios para más de un trastorno mental. La mayoría, hasta un 75%, reúne los criterios para más de un trastorno de ansiedad. Otro 10% a 30% cumple, además, criterios para un trastorno del ánimo comórbido. Las diferencias con respecto a la edad son evidentes, alrededor del 30% de los adolescentes que buscan tratamiento cumple criterios para un trastorno del ánimo comórbido, mientras que sólo alrededor del 10% al 15% de los niños más pequeños con ansiedad cumplen tales criterios. Aproximadamente el 25% de los niños más pequeños con ansiedad también cumple los criterios de un trastorno de conducta comórbido. Cifras similares se encuentran en muestras poblacionales, aunque la proporción de niños con un único trastorno de ansiedad es ligeramente superior. Incluso en muestras poblacionales, los niños con trastornos de ansiedad tienen una marcada predisposición a presentar trastornos comórbidos de ansiedad, del ánimo y de la conducta. Curiosamente, los niños con ansiedad no parecen estar en mayor riesgo de presentar abuso de sustancias, probablemente esto refleja el hecho de que estos niños generalmente obedecen las reglas y no toman riesgos. La superposición entre los trastornos de ansiedad y abuso de alcohol no aparece hasta la adolescencia tardía o adultez temprana ⁽¹⁴⁾. En el estudio epidemiológico chileno se encuentra una mayor comorbilidad de los trastornos afectivos con los trastornos ansiosos (59.2%), mientras que en los trastornos ansiosos la mayor comorbilidad fue con los trastornos disruptivos en un porcentaje de 35.6%, seguidos de los trastornos del ánimo con un 19.5%, más alejado con un 4.4% el trastorno de abuso de sustancias ⁽⁷⁾.

5.5 Factores de riesgo asociados

En la actualidad, se desconocen los caminos por los que los factores de riesgo confluyen y producen o no los trastornos de ansiedad. No todos los factores de riesgo tienen un mismo efecto patógeno, este dependerá del momento del desarrollo en que tenga lugar. Los factores de riesgo que podemos encontrar son:

Factores genéticos: Las mejores estimaciones indican que alrededor del 40% de la varianza en los síntomas de ansiedad y en los diagnósticos de trastorno de ansiedad está mediado por factores genéticos. Esta estimación es aún mayor si se considera la estabilidad de la ansiedad en el tiempo.



Estudios de ansiedad en gemelos indican que alrededor del 30% al 40% de la varianza en los síntomas y trastornos se puede atribuir a la heredabilidad. En la investigación sobre los genes específicos asociados a los trastornos de ansiedad, los más ampliamente estudiados son los de la región promotora del gen transportador de serotonina (5HTTLPR). Belsky y cols (2009) plantean la teoría que afirma que el tener dos alelos cortos en el gen 5HTT puede aumentar la capacidad de respuesta global de un individuo a eventos ambientales tanto positivos como negativos ⁽¹⁴⁾

Factores de transmisión familiar: Determinados trastornos de ansiedad presentan 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. Parientes de primer grado de personas con trastornos de ansiedad tienen un riesgo significativamente mayor de tener también trastornos de ansiedad, así como trastornos del ánimo. Lo mismo ocurre más específicamente con la ansiedad en niños y adolescentes. Los niños ansiosos son considerablemente más propensos a tener padres con trastornos de ansiedad y adultos con trastornos de ansiedad son más propensos a tener niños ansiosos. La transmisión familiar puede reflejar influencias tanto genéticas como ambientales, por lo que podría considerarse que la transmisión genética confiere un riesgo general, amplio, mientras que el entorno familiar puede moldear ese riesgo en manifestaciones específicas ^(12,14)

Factores temperamentales del niño: Numerosas investigaciones han demostrado que los niños muy pequeños que son identificados como altamente inhibidos están en mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad posteriores. La evaluación de la inhibición comúnmente ocurre en niños entre los 2 y 5 años. Esto se puede hacer a través de cuestionarios u observación directa. Las características comunes de la inhibición incluyen:

- Retraimiento frente a lo nuevo.
- Demoran en entrar en confianza con extraños o pares.
- No sonríen.
- Mantienen mucha proximidad con una de sus figuras de apego.
- No conversan.
- Ejercen limitado contacto visual o "evaden" la mirada.
- No buscan explorar nuevas situaciones.

Los niños que muestran estas características durante la edad preescolar son de 2 a 4 veces más propensos a reunir los criterios para trastornos de ansiedad durante la niñez media y se ha demostrado que este aumento del riesgo continuará al menos hasta la adolescencia. Algunas evidencias también indican que los infantes (de 3-6 meses) que muestran altos niveles de excitación y emotividad están en mayor riesgo de mostrar alta inhibición entre los 2 a 5 años ⁽¹⁴⁾

Estilos de crianza parental: La sobreprotección excesiva, así como los estilos educativos excesivamente punitivos y la transmisión de miedos específicos por parte de los padres pueden contribuir a la génesis de dichos trastornos. La crianza de niños ansiosos está caracterizada por la sobreprotección, intrusismo y, en menor medida, negatividad (McLeod y cols., 2007). Si esta relación es causal, es difícil de determinar y, hasta la fecha, ha habido muy poco análisis sobre esta cuestión. Las teorías argumentan que es probable que la relación padre-hijo refleje interacciones cíclicas. Los niños inhibidos son propensos a provocar la sobreprotección



por parte de sus padres y, a su vez, es probable que la crianza sobreprotectora conduzca a una mayor ansiedad (Hudson & Rapee, 2004; Rubin y cols, 2009). Existe también la teoría de que los padres ansiosos aumentan los riesgos de ansiedad en sus niños al moldearlos dentro de sus propios miedos y estrategias de afrontamiento. Esta teoría, sin embargo, ha recibido muy poco análisis. La principal línea de investigación relacionada con esta teoría proviene de estudios de laboratorio con niños muy pequeños. La investigación ha demostrado que los niños de alrededor de 6 a 18 meses pueden aprender a temer y a evitar un nuevo estímulo mediante la observación de sus madres cuando ellas actúan de manera temerosa. Más importante aún, se ha demostrado que las madres con ansiedad social transmiten a sus hijos miedo a los extraños de esta misma manera y a su vez, el grado de temor que el infante desarrolla depende en parte del nivel de temperamento inhibido preexistente que manifieste (Rosnay y cols, 2006). Así, al parecer, el miedo a los extraños se puede incrementar a través de la interacción entre el temperamento del niño y las señales de miedo manifestadas por la madre. En los niños de mayor edad se ha demostrado que la información transmitida verbalmente sobre el peligro puede aumentar el miedo a ciertas señales particulares ⁽¹⁴⁾

Los acontecimientos vitales estresantes: Los conflictos familiares, escolares o sociales, las situaciones traumáticas, pérdidas o duelo de un ser querido, el cambio de colegio o domicilio. Todos estos acontecimientos pueden actuar como factores desencadenantes. La evidencia sugiere que los niños ansiosos reportan un mayor número de acontecimientos negativos en la vida y estos tienen un mayor impacto que en los niños sin trastornos de ansiedad. Los estudios demuestran, sin embargo, que los niños ansiosos que tienen más eventos negativos que los niños sin ansiedad no significa necesariamente que estos causen o desencadenen su ansiedad. Los datos sugieren que la mayor diferencia se encuentra en los llamados eventos "dependientes" de la vida. Los eventos dependientes son aquellos que podrían ser el resultado de la conducta del niño (p. ej.: sacar mala nota en una prueba podría ser el resultado de que el niño no estudió). Por lo tanto, es muy posible que la ansiedad infantil conduzca a eventos más negativos de la vida, tal vez debido a la preocupación y la evitación asociada con la ansiedad. Por supuesto, también es posible que este aumento de la tensión, a su vez, ayude a mantener e incluso aumentar la ansiedad. Los eventos específicos de la vida que han sido objeto de especial atención son el acoso escolar y las burlas. Existe evidencia considerable que los niños ansiosos tienen más probabilidades de ser objeto de burlas y acoso escolar que los niños no ansiosos y que a menudo son ignorados o incluso rechazados por sus pares (Grills & Ollendick, 2002). Una vez más la causalidad es desconocida, pero es muy probable que los niños ansiosos provoquen las burlas de los demás debido a sus propios comportamientos y a su vez, es probable que las bromas aumenten aún más su ansiedad ⁽¹⁴⁾

Familias disfuncionales con condiciones desfavorables de salud: Los trastornos neuróticos, las enfermedades crónicas no compensadas, los niveles altos de violencia y la escasa capacidad para resolver problemas ⁽¹²⁾

Situación social desfavorable: El nivel socioeconómico bajo, la adversidad económica y las condiciones de vida desfavorables pueden generar una sensación de inseguridad crónica que favorezcan el desarrollo de un trastorno de ansiedad ⁽¹²⁾



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro clínico

Síndrome ansioso

Es el conjunto de signos y síntomas expresados en tres sistemas de respuestas: el cognitivo (psíquico), el fisiológico (físico) y el motor (conductual). Estos tres sistemas interactúan entre sí. La evaluación a través de este sistema de triple respuesta nos permite una mejor comprensión de cómo se desarrolla y en que consiste cada trastorno de ansiedad. A sí mismo, el conocer la respuesta dominante en cada uno de estos trastornos nos permite establecer un tratamiento más específico y apropiado para cada uno de ellos ⁽⁵⁾

- **Respuesta cognitiva- psíquica:** se relaciona con la propia experiencia interna. Se experimenta subjetivamente como una experiencia emocional desagradable:
 - Preocupación, miedo, temor o inseguridad, asociados a pensamientos negativos
 - Aprensión, que produce respuestas de miedo en términos físicos
 - Pensamientos negativos de inferioridad e incapacidad
 - Anticipación de peligro o amenaza
 - Dificultad para la concentración y toma de decisiones
 - Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente acompañada de dificultad para pensar con claridad
- **Respuesta fisiológica-somática:** se refiere a todas las alteraciones biológicas que acompañan la experiencia de ansiedad:
 - Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso acelerado, incremento de la presión arterial.
 - Síntomas respiratorios: sensación de ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
 - Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
 - Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis.
 - Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores, hormigueos, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
 - Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, bochornos, mareo y lipotimia.
- **Respuesta motora o conductual:** corresponde a todos los componentes observables de la conducta como consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica:
 - Expresión facial
 - Hiperactividad, paralización motora.
 - Movimientos repetitivos, torpes o desorganizados.
 - Tartamudeo u otras dificultades de expresión verbal.
 - Conductas de huida y conductas de evitación.

Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

La Clasificación DSM-5 (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases; APA) incluye siete trastornos de ansiedad en niños: la agorafobia, la fobia social, la fobia específica, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad de separación y el mutismo selectivo.



F40.0 Agorafobia: La agorafobia implica un temor adicional y evitación de varias situaciones agorafóbicas. Estas situaciones incluyen lugares de los que es difícil escapar rápidamente. Esto es debido al miedo de sufrir un ataque de pánico en esas situaciones. Existe una frecuente dependencia a una figura de apego segura ⁽¹⁴⁾

Se define por la presencia de un miedo o ansiedad intensa, persistente y desproporcionada en dos o más de las siguientes situaciones ⁽¹²⁾:

- Uso del transporte (automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
- Estar en espacios abiertos (aparcamientos, mercados, puentes).
- Estar en sitios cerrados (tiendas, teatros, cines).
- Hacer cola o estar en medio de una multitud.
- Estar fuera de casa solo.

Las situaciones agorafóbicas se evitan o se resisten con gran miedo y ansiedad y duran, al menos, seis meses. Se produce un malestar clínico significativo y un deterioro social o escolar ^(1,12)

F40.1 Ansiedad social: Miedo y evitación de interacciones sociales, o desempeño social debido a la creencia de que los demás evaluarán negativamente al niño.

- Evitan una serie de actividades sociales o situaciones que incluyen hablar o actuar delante de otros, conocer nuevos niños, hablar con figuras de autoridad como profesores, ser el centro de atención de cualquier manera, y para los adolescentes, miedo a las citas.
- Preocupaciones sobre la evaluación negativa de otros, incluyendo que otros piensen que son poco atractivos, estúpidos, desagradables, demasiado seguros de sí mismos, o raros.
- Número limitado de amigos y dificultad para hacer amigos nuevos.
- Altos niveles de timidez o centrados en sí mismos. La tendencia a evitar el contacto con personas desconocidas repercute de manera significativa en las relaciones con compañeros y en la vida social y académica del niño. La duración debe ser de, al menos, seis meses. El niño suele mostrarse tímido, aturdido y angustiado con desconocidos, mostrando poca seguridad y confianza en sí mismo. En ocasiones, puede expresarse con: llanto, rabieta, quedarse paralizado, encogerse, aferrarse o fracasar en iniciar o mantener una conversación. En niños mayores puede mostrarse, como: temor a ruborizarse, tener temblor de manos, náuseas, necesidad de micción imperiosa, rehusar participar en juegos de equipo, mantenerse en segunda posición en las actividades sociales, disminución en la participación en clase o evitar citas adecuadas a su edad ⁽¹²⁾. Puede existir un antecedente de historia previa de timidez o inhibición social, o bien, puede aparecer bruscamente tras una experiencia estresante o humillante. El pronóstico es reservado y puede durar toda la vida, si no se trata adecuadamente. Además, suele tener consecuencias a corto, medio y largo plazo, como puede ser el abandono de estudios, inhibición en el funcionamiento social y/o el consumo de tóxicos ⁽¹²⁾

F40.2 Fobia específica: Se presenta como un miedo o ansiedad intensa y desproporcionada por un objeto o situación específica y puede expresarse como: llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse. La posibilidad de entrar en contacto con el estímulo que le genera la fobia se acompaña de intensa ansiedad anticipatoria, por lo que el niño tiende a evitarlo. El miedo



causa un deterioro significativo de las actividades del niño con duración mayor a seis meses. A diferencia de los adultos, los niños no suelen reconocer que sus temores son excesivos o irracionales y, rara vez, expresan malestar por la fobia. Existe la creencia común de que el objeto o situación producirá daños personales. Algunos miedos comunes en los niños son: a la oscuridad (50% del total) a los animales como perros o aves, insectos o arañas (25%), a los ruidos fuertes y especialmente las tormentas, a los espacios cerrados (claustrofobia), a las alturas, payasos, monstruos, determinadas películas, máscaras o personas que tienen apariencia inusual, sangre, enfermedad, inyecciones ^(12,14)

La fobia escolar puede considerarse incluida dentro de las fobias específicas. Consiste en un miedo o temor irracional a acudir a la escuela que trae como consecuencia el ausentismo escolar parcial o total. Su instauración suele ser progresiva y se va agravando a lo largo de semanas o meses. En los niños más pequeños se puede presentar en forma más aguda. La sintomatología suele tener predominio matutino, cuando se despierta para ir al colegio, siendo frecuente que los síntomas desaparezcan el fin de semana. Generalmente, los niños no suelen manifestar miedo de acudir al centro escolar, sino suelen iniciar con síntomas físicos como dolor abdominal, cefalea, náuseas, dolor en piernas y palpitaciones entre otras. En ocasiones, el inicio de los síntomas se produce tras el padecimiento de una enfermedad que ha requerido un periodo de ausencia al colegio o tras un cambio de centro escolar. El trastorno puede observarse desde los 5 años predominando entre los niños de 11-14 años y afectando ambos sexos por igual.

F41.0 Trastorno de pánico: Su característica principal es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias, por lo que son imprevisibles. Tienen un inicio brusco y suelen durar unos diez minutos, acompañándose de, al menos, cuatro síntomas somáticos o cognitivos (palpitaciones, sudoración, escalofríos o sensación de calor, dolor precordial, sensación de asfixia y/o ahogo, mareo, vértigo, sensación de irrealidad [despersonalización o desrealización], parestesias, temor a morir o a perder el control) ⁽¹²⁾

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada: Una tendencia a preocuparse por una amplia gama de posibilidades negativas de que algo malo va a suceder. Preocupación repetida y excesiva en varias áreas, tales como las finanzas familiares, las amistades, las tareas escolares, el rendimiento deportivo, la salud propia y de la familia, así como cuestiones cotidianas y de menor importancia. Tendencia a buscar repetidamente la protección de los padres u otras personas por sus temores. Evitan la novedad, las noticias negativas, situaciones inciertas, y cometer errores. Síntomas físicos, insomnio e irritabilidad cuando están preocupados ⁽¹⁴⁾

La ansiedad se prolonga al menos durante un período de 6 meses y causa un deterioro social, escolar o en otras áreas del funcionamiento. En los niños se requiere un ítem de los siguientes ⁽¹⁾:

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios en punta
- Se encuentra fácilmente fatigado.
- Dificultad en concentración o sensación de quedarse con la mente en blanco.



- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Trastornos del sueño (dificultad en conciliación, sueño inquieto o insatisfactorio).

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia: Consiste en la ansiedad excesiva e inapropiada que presenta el niño al separarse de los padres o de aquellas personas de apego. La ansiedad es persistente y dura al menos, cuatro semanas, interfiere en su vida normal produciendo deterioro en lo social, académico o familiar y se ha descartado trastorno del desarrollo o trastorno psicótico. La prevalencia es similar en ambos sexos y afecta más a niños con nivel socioeconómico más desfavorecido. La ansiedad que presentan los niños al separarse de su cuidador habitual es normal a partir de los 4-5 meses de edad, y va disminuyendo a partir de los 3 hasta los 5 años en que entienden que la separación no es para siempre. Deben presentar, al menos, tres de los siguientes síntomas:

- Malestar excesivo y recurrente al separarse de los padres.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de figuras de apego o que sean víctimas de accidentes, enfermedades o catástrofes.
- Preocupación excesiva ante la posibilidad de que un acontecimiento (ser raptado, perderse, enfermar, etc.) cause la separación de una figura de apego. Rechazo o resistencia a salir lejos de casa, visitar amigos o ir al colegio.
- Rechazo a quedarse solo en casa durante el día o a dormir solo o dormir fuera de casa.
- Pesadillas sobre el tema de la separación.
- Síntomas somáticos acompañantes (náuseas, dolor abdominal, cefaleas, palpitaciones, vértigos, lipotimias o vómitos) en situaciones que implican una separación de la figura de apego. Suele asociarse a otros trastornos de ansiedad o derivar a otros trastornos psiquiátricos en la evolución. Se consideran factores de mal pronóstico el inicio más tardío, la psicopatología familiar, el absentismo escolar de más de un año y la asociación a otros trastornos psiquiátricos o comorbilidad ⁽¹²⁾

F 94.0 Mutismo selectivo: Se define por la presencia de fracaso constante al hablar en situaciones sociales específicas (p. ej., en la escuela), a pesar de hacerlo en otras situaciones. Dicha alteración produce un deterioro en los logros académicos o en la comunicación social y presenta una duración mayor a un mes. Precisa que sea descartado un trastorno del lenguaje y/o comunicación, trastorno del espectro autista y trastorno psicótico ⁽¹²⁾

6.2 Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es eminentemente clínico.

6.2.1 Valoración diagnóstica

- Obtener los datos para la historia clínica del paciente, familia, escuela y otras personas informantes.

Datos que deben recogerse de la historia clínica:



- i. **Inicio y desarrollo de los síntomas:**
 - Acontecimientos estresantes o "eventos vitales", estresores bio-psico-sociales.
 - Comorbilidad con otra psicopatología.
 - Impacto que producen los síntomas en la vida diaria del paciente.
 - Impacto que producen los síntomas a nivel familiar, escolar y social.

- ii. **Historia del desarrollo personal**
 - Temperamento
 - Habilidades
 - Calidad del vínculo
 - Capacidad de adaptación
 - Miedos infantiles
 - Respuesta ante extraños y separación

- iii. **Historia médica**
 - Cuadros anteriores de ansiedad
 - Medicaciones previas que podrían producir síntomas de ansiedad
 - Requerimientos de acudir a urgencias por síntomas relacionados con la ansiedad.

- iv. **Historia académica**
 - Rendimiento académico
 - Rendimiento deportivo

- v. **Historia social**
 - Estresores familiares, como hogares disfuncionales
 - Abuso o maltrato físico, psicológico, negligencia
 - Acoso escolar
 - Separaciones o pérdidas
 - Relaciones con compañeros

- vi. **Historia familiar**
 - Funcionamiento familiar, roles del paciente en el pasado y el presente
 - Antecedentes psicopatológicos familiares
 - Historia médica familiar que predisponga a síntomas de ansiedad
 - Respuesta parental a medicación

- b) **Entrevista al paciente incluida valoración psicopatológica**
 - Síntomas referidos por el paciente
 - Signos objetivos de ansiedad (estado de hiperalerta, hiperactividad del SNA)

- c) **Valoración de la conducta familiar**
 - Interacciones y dinámica familiar
 - Relaciones padres-hijos

- d) **Entrevistas estructuradas y semiestructuradas para los trastornos de ansiedad y comorbilidad existentes**



- e) **Administrar instrumentos a padres y pacientes para evaluar la severidad de los síntomas de la ansiedad**
- f) **Obtener información del colegio**
- g) **Evaluación psicopedagógica**
- h) **Evaluación física**

6.2.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad en la infancia es difícil, debido a que existen altas tasas de superposición de varios trastornos ansiosos en el mismo paciente y a su comorbilidad con otros procesos psicológico-psiquiátricos. Es preciso también descartar causas físicas, medicamentosas o consumo de tóxicos, como responsables de los síntomas

Trastornos de naturaleza orgánica

- Enfermedades cardiovasculares: Prolapso de la válvula mitral, taquicardia supraventricular paroxística.
- Enfermedades pulmonares: Asma bronquial
- Enfermedades metabólicas: Hipoglucemia
- Enfermedades endocrinológicas: Feocromocitoma, hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Wilson.
- Neurológicas: Vértigo o enfermedad vestibular, esclerosis múltiple, Corea de Huntington, tumores del sistema nervioso central,
- Intoxicación por psicoestimulantes o abstinencia de ciertas drogas o alcohol
- Efectos adversos de determinadas medicaciones: Broncodilatadores, esteroides, teofilina, estimulantes alfa-adrenérgicos o bloqueantes de los canales de calcio.

Trastornos psiquiátricos

- Trastornos afectivos: Si bien los trastornos depresivos en edades pediátricas cursan frecuentemente con síntomas ansiosos o somáticos los síntomas predominantes en estos son: la anhedonia, la pasividad, el humor deprimido, la disminución del rendimiento escolar, el pesimismo y el trastorno del sueño, que suele ser el despertar precoz (a diferencia del insomnio de la ansiedad)
- Trastornos psicósomáticos: El síntoma predominante son las algias y suele aparecer el fenómeno conocido como "*belle indifference*" o no preocupación por la presencia de los síntomas somáticos, a diferencia del niño ansioso.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Ambas patologías tienen rasgos comunes, como son: la inquietud psicomotriz y la inestabilidad, aunque el niño con TDAH es un niño temerario, impulsivo y con bajo nivel de atención; mientras que el niño ansioso es cauteloso, temeroso y con nivel de atención adecuada
- Trastornos del comportamiento: El síntoma principal es el trastorno de conducta, sin aparición de miedo, preocupación excesiva o somatizaciones.
- Trastornos psicóticos: Es importante la exploración del desarrollo cognitivo, ya que en este grupo de pacientes suelen aparecer



- disarmonías, a diferencia del niño ansioso, principalmente en la primera infancia. En el adolescente, pueden aparecer síntomas ansiosos, fóbicos u obsesivos de inicio brusco y sin respuesta al tratamiento, que nos debe hacer sospechar el inicio de una esquizofrenia.
- o **Trastorno de personalidad esquizoide:** Aparece también una dificultad en la relación social, aunque con la presencia de indiferencia hacia la misma y sin sufrimiento por no acceder a ella.

6.3 Exámenes auxiliares

La gravedad de la ansiedad, o la extensión de su sintomatología, se pueden medir utilizando varios cuestionarios que ya se encuentran bien desarrollados. La mayoría de estas mediciones ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en niños entre 8 y 9 años edad y se pueden utilizar hasta la adolescencia media o tardía. En la adolescencia media, son generalmente más adecuadas las mediciones de ansiedad para adultos. Se han desarrollado muy pocas mediciones para los niños más pequeños. Algunos cuestionarios contienen varias subescalas que abordan aspectos que parecen diagnósticos, tales como ansiedad por separación, ansiedad social o ansiedad generalizada. La mayoría de estos cuestionarios tienen versiones paralelas para padres e hijos ⁽¹⁴⁾

- o Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)
- o Monitoreo de ansiedad y trastornos relacionados (SCARED) Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC)
- o Escala de Ansiedad del Preescolar, Revisada (PAS-R) para ser completada únicamente por los padres.
- o Escalas para evaluar el grado general de ansiedad más ampliamente:
- o Escala de Ansiedad Manifiesta, Revisada (RCMAS)
- o Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC), que evalúa la ansiedad en el momento actual y la predisposición del sujeto a la ansiedad respectivamente.
- o Inventario de Ansiedad de Beck para jóvenes.
- o En algunas circunstancias, puede en caso sea necesaria una evaluación más específica y detallada de alguna forma particular de ansiedad. En estos casos, algunos instrumentos abordan aspectos específicos de la ansiedad incluyendo:
- o Cuestionario de Miedos para Niños, Revisado (FSSCR)
- o Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (SPAIC)
- o Escala de Fobia Social para Niños - Revisado (SASC-R)
- o Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (CASI)

6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutoria

Nivel III-2 Instituto Especializado y Hospitales Especializados

El tratamiento debe ser multimodal, es decir, debe incluir la educación de los padres y el niño acerca de las características del trastorno, el acercamiento al personal escolar, la intervención psicoterapéutica y el tratamiento farmacológico. La selección del tratamiento se basa en las características individuales del paciente y su familia. Se deben tomar en cuenta los estresores ambientales, los factores de riesgo, la severidad, la disfunción que le ocasiona y la comorbilidad, así como la edad y el funcionamiento familiar. Para lograr todas estas intervenciones se requiere de un equipo multidisciplinario conformado por el personal de salud, todos



juntos deben hacer labor psicoeducativa y facilitar el apego al tratamiento multimodal ⁽⁴⁾

Intervención psicoeducativa

1. Educar a los padres y otras personas significativas acerca de los síntomas.
2. Educar al niño o adolescente de forma apropiada a su edad.
3. Colaborar para que refuerce sus capacidades y siga las instrucciones del terapeuta.
4. Consultar y colaborar con el primer nivel de atención.

Intervención psicoterapéutica

Intervenciones con las personas al cuidado de los niños

1. Programa conductual que incluya a los padres, profesores y otras personas significativas.
2. Intervenciones familiares que incluyan terapia familiar, intervenciones padres-hijos y guía a los padres.

Intervenciones con el niño

1. Técnicas dirigidas a disminuir la respuesta fisiológica: técnicas de Relajación, respiración y desensibilización: las inducciones a la Respiración profunda pueden ser enseñadas a los jóvenes a través de Juegos de imágenes o ejercicios instructivos.

2. Técnicas cognitivas, para mejorar la respuesta cognitivo-afectiva: Ayuda al niño y adolescente a comprender la conexión entre Pensamientos, emociones y conductas. El objetivo es enseñar a los Jóvenes sobre las autoverbalizaciones ansiosas es:

- a) Ayudarlos a reconocer sus patrones de pensamientos individuales y
- b) Ayudarlos a entender que pueden modificar y reestructurar estas Autoverbalizaciones, desafiando así a los autodiálogos catastróficos, Que el niño se transforme en un "afrentador" activo. ⁽³⁾

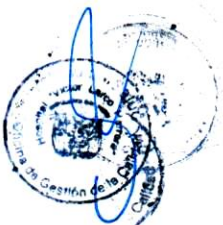
3. Técnicas conductuales: entrenamiento en estrategias de afrontamiento de la situación específica como habilidades sociales, técnicas de estudio, relajación y hábitos de higiene.

4. Técnica de resolución de problemas: enseñanzas de estrategias de resolución de problemas, el primer paso es la identificación, el segundo paso es pensar en posibles soluciones o formas de afrontamiento. Ayudar al paciente a aprender a pensar en forma más flexible sobre el problema. Analizar los pro y contras de las posibles soluciones. Como último paso es poner a prueba las soluciones que tenga más posibilidad.

5. Tareas de Exposición: son experiencias sistemáticas con situaciones temidas, donde aplicaran las habilidades de afrontamiento aprendidas.

Intervención farmacológica

La psicoterapia suele ser el tratamiento de elección en los niños y adolescentes que sufren de trastornos de ansiedad. Sin embargo, está demostrada la eficacia del tratamiento farmacológico fundamentalmente cuando el grado de ansiedad es moderado o severo, el impacto en la



vida social o escolar es alto, existe comorbilidad asociada o la respuesta a la psicoterapia es limitada. Ningún medicamento para cualquier trastorno de ansiedad está aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) en pacientes menores de 6 años y en general, se debe evitar la medicación en los niños menores de 10 años.

Los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) como la fluoxetina, sertralina y escitalopram son los antidepresivos de primera elección en estos trastornos. El tratamiento varía según el trastorno de ansiedad presente y la comorbilidad. Se debe tener cuidado con hijos de padres con antecedentes de trastorno bipolar. Se recomienda comenzar a dosis bajas y monitorizar de forma cercana los efectos secundarios para incrementar lentamente las dosis, según la respuesta al tratamiento y la tolerabilidad. Los efectos adversos de la medicación son relativamente poco frecuentes. Estos efectos pueden ser de tipo gastrointestinal (náuseas, gastritis), cefalea, incremento de la actividad motora e insomnio, son menos comunes los efectos de desinhibición. Debe tenerse en cuenta que los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad al igual que sus padres pueden ser especialmente susceptibles a cualquier efecto secundario que puede parecer un empeoramiento de síntomas, debiendo aclarar con ellos estos puntos. Se puede considerar el incremento de la dosis del ISRS cuando no se ha observado mejoría en la cuarta semana de tratamiento, manteniendo el tratamiento entre 8 meses y un año, procediéndose a la disminución gradual de dosis hasta su suspensión.

El uso de benzodiacepinas no ha demostrado eficacia como monoterapia en el tratamiento para ningún trastorno de ansiedad en niños o adolescentes. Pueden ocasionar un efecto paradójico ocasionando agitación, irritabilidad, insomnio y agresividad. Debe ser indicada sólo por el especialista cuando evalúe que su uso supera los efectos secundarios Su potencial de abuso limita su utilización a breves períodos de tiempo como coadyuvante de los ISRS. Están contraindicadas de manera absoluta en adolescentes con consumo de sustancias ^(4, 12,14)



Fármaco	Dosis inicial	Modificación	Rango
ISRS			
Fluoxetina	10 mg	1-2 semanas	20-40 mg
Sertralina	25-50 mg	1-2 semanas	50-150 mg
Escitalopram	5 a-10 mg	1-2 semanas	10-20 mg
BZD			
Alprazolam	0.125-0.25 mg		Hasta 2-4 mg/día
Clonazepam	0.25-1 mg		Hasta 2-4 mg/día

Otras intervenciones

Terapia física, terapia de lenguaje, masoterapia y terapia de aprendizaje.

6.5 Complicaciones

Trastorno de ansiedad de separación (DSM V)

El trastorno de ansiedad de separación puede estar asociado a un mayor riesgo de suicidio, sin embargo, esta asociación no es específica para este trastorno, sino que aparece en varios trastornos de ansiedad.



Mutismo selectivo

Este trastorno puede llevar a un grave deterioro en la escuela y en el funcionamiento social. A medida que los niños crecen pueden enfrentarse aun mayor aislamiento social.

Fobia Específica

Los sujetos con fobia específica tienen un 60% más de probabilidades de cometer intentos de suicidio que las personas no diagnosticada. Sin embargo, estas tasas tan elevadas se deban principalmente a la comorbilidad con trastornos de personalidad y otros trastornos de ansiedad. La angustia y el deterioro causados por las fobias específicas tienden a aumentar con el número de objetos y situaciones temidas. Las personas con fobia específica a la sangre, las inyecciones y las heridas a menudo son reacias a solicitar ayuda médica incluso cuando tienen problemas de salud. Asimismo, el miedo a vomitar y a atragantarse puede reducir sustancialmente la ingesta de alimentos.

Fobia social

El aislamiento social crónico en el curso del trastorno de ansiedad social puede provocar un trastorno depresivo mayor. También puede asociarse al uso de sustancias, las cuales pueden ser usadas como automedicación para los miedos sociales.

Trastorno de pánico

Los ataques de pánico y un diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos 12 meses están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio y de ideación suicida en los últimos 12 meses, incluso si se consideran la comorbilidad, los antecedentes de maltrato infantil y otros factores de riesgo de suicidio.

Agorafobia

El trastorno de agorafobia está precedido con frecuencia de otros trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, trastorno de pánico). Sin embargo, el trastorno depresivo y los trastornos por consumo de sustancias suelen ocurrir de forma secundaria a la agorafobia.

Trastorno de ansiedad generalizada

Los que cumplen con los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada es probable que hayan padecido, o que actualmente cumplan, los criterios de otros trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos unipolares. Es menos común su asociación con los trastornos por consumo de sustancias.

6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia

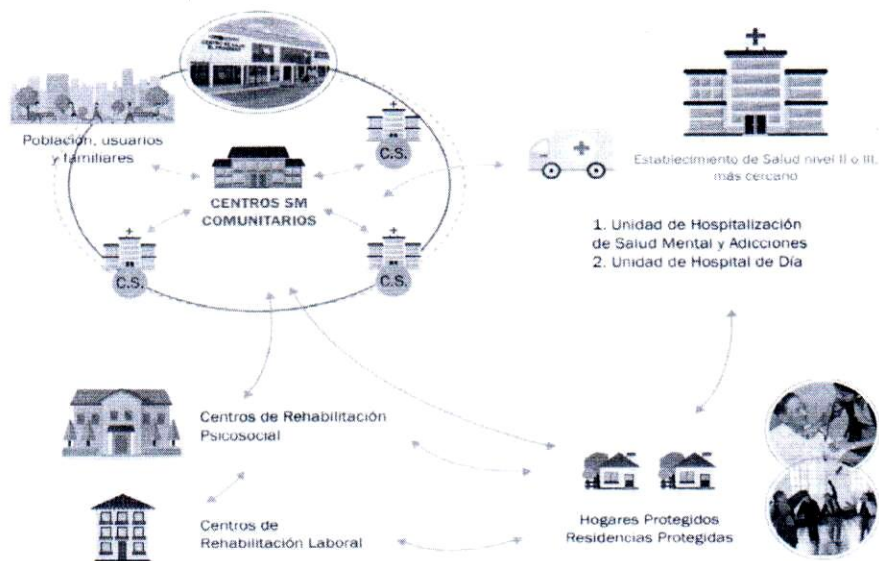
Según lo referido en la **Ley N° 30947** la atención de salud mental se realiza desde el primer nivel con abordaje comunitario, es interdisciplinario, integral y participativo, de manera ambulatoria y excepcionalmente con internamiento u hospitalización. El modelo de atención comunitaria en salud mental incluye a los centros de salud no especializados, los centros de salud mental comunitarios (CSMC), las unidades de hospitalización y hospital de día de los hospitales generales, los MAMIS y los establecimientos especializados, así como servicios médicos de apoyo (hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y laboral)

El Reglamento de la Ley N° 30947 dado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA hace referencia que los hospitales psiquiátricos se adecúan al modelo de atención comunitaria. Por este concepto el Hospital "Victor Larco



Herrera”, como institución especializada, recibirá las referencias de los CSMC u hospitales generales de los casos que hubiere necesidad de atender y una vez resuelta ésta se contrareferirá al centro de origen para continuar con su atención.

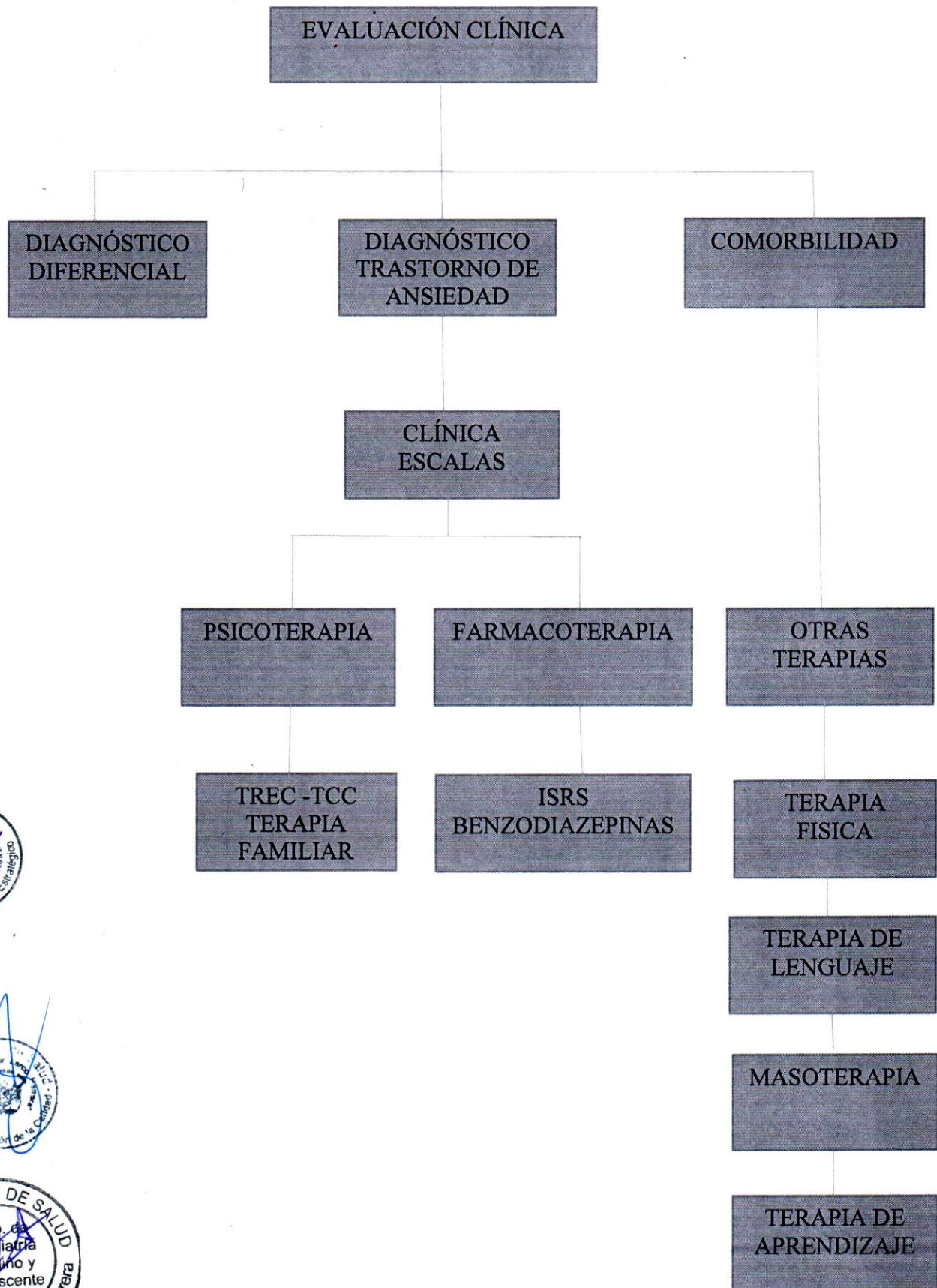
El criterio para realizar la referencia involucrará necesidad de medicamentos, internamiento o dificultad en el manejo del caso en el centro de origen por refractariedad farmacológica o necesidad de aplicación de terapias especializadas. No procede la atención en nuestra institución si no se cumple la condición de la referencia.



Fuente: Dirección de Salud Mental - DGIESP - MINSA



6.7 Flujograma



VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5®), 5° Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
2. Ballesteros-Cabrera, M., Sarmiento-López, J. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Comparación entre Tratamientos Farmacológicos y Terapias Psicológicas Revista Vanguardia Psicológica, Año 2013, Volumen 3, Numero 2, octubre-marzo, p. 184-195 /ISSN 2216-0701
3. Bunge, E; Gomar, M y Mandil, J. (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Buenos Aires- Argentina.
4. Bustamante, J. (Agosto 2013). Ansiedad en adolescentes y jóvenes. Aspectos genéticos y epigenéticos. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional de Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes "Comprometidos siempre". Lima, Perú
5. Cárdenas EM, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. 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)
6. Carrillo Saucedo, I. Un estudio sobre la ansiedad. Avances, coordinación de investigación. Universidad Autónoma Ciudad Juárez. Instituto de Ciencias Sociales y Administración. Chihuahua, México.
7. De la Barra, F. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (4): 303-314
8. De la Barra, F. et al. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Rev. Med. Clin. Condes-2012; 23 (5) 521-529
9. Gold, A. Trastornos de ansiedad en niños. Arch Pediatr Urug 2006; 77(1): 34-38
10. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2012; Vol. XXVIII, Suplemento 1. Lima
11. Martínez Monteagudo, C., et al. Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. Ansiedad y Estrés. 2012, 18(2-3), 201-219
12. Mendoza-Amaya, C., Saavedra-Castillo, J. La violencia política y su relación con ansiedad, depresión y abuso de alcohol en la población adolescente de tres ciudades de la sierra del Perú. Rev Neuropsiquiatr 75 (4), 2012
13. Ochando, G., Peris, S. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. Pediatr Integral 2017; XXI (1): 39-46
14. Penosa Gómez, P. (2017) *Ansiedad en Preescolares: Evaluación y Factores Familiares*. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández de Elche, España.
15. Rapee RM. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesionales Aliadas de Niños y Adolescentes, 2016.



16. Reyes-Ticas, JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras [en línea]. Disponible en www.bvs.hn
17. Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.
18. Vicente, B. et al. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. Rev Med Chile 2010; 138: 965-973
19. Viedma De Jesús, M. (2008) *Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, España.

