



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Unidad de Atención Integral Especializada

Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría



<p>Elaborado por:</p> <p>Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría</p>	<p>Revisado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializada • Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades • Unidad de Gestión de la Calidad 	<p>Aprobado por:</p> <p>Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales de Palomino</p> <p>Directora General del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>
---	---	---



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Índice

- I Finalidad 4
- II Objetivo 4
- III Ámbito de Aplicación 4
- IV Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes 5
 - 4.1.- Nombre y Código 5
- V Consideraciones Generales 6
 - 5.1 Definición 6
 - 5.2 Etiología 7
 - 5.3 Fisiopatología 7
 - 5.4 Aspectos Epidemiológicos 11
 - 5.5 Factores de Riesgo Asociado 11
 - 5.5.1 Medio Ambiente 11
 - 5.5.2 Estilos de Vida 12
 - 5.5.3 Factores hereditarios 13
- VI Consideraciones Específicas 14
 - 6.1 Cuadro Clínico 14
 - 6.1.1 Signos y Síntomas 14
 - 6.1.2 Interacción cronológica 14
 - 6.1.3 Gráficos, diagramas o fotografías 15
 - 6.2 Diagnóstico 16
 - 6.2.1 Criterios de diagnóstico 16
 - 6.2.2 Diagnóstico diferencial 24
 - 6.3 Exámenes Auxiliares 24
 - 6.3.1 De Patología clínica 24
 - 6.3.2 De imágenes 24
 - 6.3.3 De exámenes especiales complementarios 25
 - 6.4 Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva 25
 - 6.4.1 Medidas Generales y Preventivas 25
 - 6.4.2 Terapéutica 26
 - 6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento 29
 - 6.4.4 Signos de alarma 30
 - 6.4.5 Criterios de Alta 30



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

6.4.6 Pronósticos.....	30
6.5 Complicaciones	31
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	31
6.7 Fluxograma.....	32
<u>VII Anexos.....</u>	<u>35</u>
<u>VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía.....</u>	<u>39</u>



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

I. Finalidad

Contribuir con un instrumento técnico que oriente la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, estandarizando acciones sobre la prevención, criterios clínicos de diagnóstico, tratamiento farmacológico, así como estrategias de intervención psicológicas para una atención oportuna e integral de la ansiedad que presentan en los niños y adolescentes, en el marco de la mejora continua, seguridad y calidad de la atención de los pacientes del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

II. Objetivo

Esta Guía de Práctica Clínica, tiene los siguientes objetivos:

- Unificar y estandarizar criterios de atención integral para la atención de niños y adolescentes que presentan diferentes Trastornos de Ansiedad, brindando orientación basada en evidencia.
- Brindar a los profesionales de la salud recomendaciones sobre estos trastornos afectivos, con el propósito de que ellos puedan atender e informar a los niños, adolescentes y padres de familia.
- Definir las pautas de manejo farmacológico para cada uno de los trastornos de ansiedad que se presentan.
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos del INSN SB según la normatividad vigente del Ministerio de Salud.

III. Ámbito de Aplicación

La presente Guía es de aplicación en la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades, específicamente Psiquiatría y Psicología del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja y puede ser usado por las demás instituciones públicas de salud a nivel nacional que cuenten con la especialidad.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

IV. Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

La ansiedad se encuentra clasificada en la CIE-10 dentro de los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, clasificados en los códigos CIE 10: del F40 al 49

La presente Guía de Práctica Clínica hace referencia a los siguientes trastornos de ansiedad:

- ✓ **TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA** **CIE 10: F40**
 - AGORAFOBIA** **CIE 10: F40.0**
 - FOBIAS SOCIALES** **CIE 10: F40.1**
 - FOBIAS ESPECÍFICAS (AISLADAS)** **CIE 10: F40.2**

- ✓ **OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD** **CIE 10: F41**
 - TRASTORNO DE PÁNICO** **CIE 10: F41.0**
 - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA** **CIE 10: F41.1**
 - TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO** **CIE 10: F41.2**

- ✓ **REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN** **CIE 10: F43**
 - REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO** **CIE 10: F43.0**
 - TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO** **CIE 10: F43.1**
 - TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN** **CIE 10: F43.2**

- ✓ **TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA** **CIE 10: F93**
 - TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN DE LA INFANCIA** **CIE 10: F93.0**
 - TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA DE LA INFANCIA** **CIE 10: F93.1**
 - TRASTORNO DE HIPERSENSIBILIDAD SOCIAL DE LA INFANCIA** **CIE 10: F93.2**



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

V. Consideraciones Generales

5.1 DEFINICIÓN

La ansiedad es una emoción normal que todas las personas hemos experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes.

Una reacción de ansiedad normal sería por ejemplo los hormigueos en el estómago cuando vamos a una cita importante, la tensión que se siente cuando el jefe está enojado, la taquicardia cuando nos sentimos en peligro.

La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara para escapar. Es decir, se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño.

Sin embargo, como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa.

Trastornos de Ansiedad (TA)

Un trastorno de ansiedad (TA) es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos

Desafortunadamente y a pesar de ser un trastorno mental común en la población general, con frecuencia pasa sin ser identificada ni tratada.

La edad pediátrica es una etapa de la vida en la que también se presentan trastornos de ansiedad, y si son detectados y tratados a tiempo se puede disminuir el riesgo de su persistencia en la edad adulta. Es de suma importancia puntualizar que dichos trastornos no son producto de la voluntad, no son “irreales” y tampoco son un diagnóstico de exclusión, es decir, que después de haber hecho estudios de laboratorio y de gabinete y estos han sido normales, entonces el individuo no tiene nada y deber ser campo del psiquiatra.

Se debe considerar en todo momento la posibilidad de que el paciente esté sufriendo un trastorno de ansiedad cuando se presentan los síntomas que describiremos más adelante, y no sólo pensarlo cuando ya se han descartado todas las posibilidades, pues esto retrasa su



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

detección y en el trayecto genera incertidumbre en el paciente y su familia. Lo mejor es evitar, en todo momento, señalar que el origen de los síntomas es producto de “los nervios”, ya que resulta ser desalentador y fomenta el estigma sobre los padecimientos mentales, no sólo en el paciente, sino en su familia, la cual es de suma importancia para el apoyo y el apego al tratamiento.

5.2 ETIOLOGÍA

Las investigaciones sugieren que existen factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden tener un papel predisponente en el desarrollo de este trastorno. Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina, los cuales se sabe que regulan el estado de ánimo y el comportamiento. Estas alteraciones pueden evidenciarse o desencadenarse por estresores en personas con susceptibilidad biológica que además están expuestas a altos niveles de ansiedad.

Es imposible concebir de manera separada al individuo de su ambiente, si queremos entender de forma integral el fenómeno de la enfermedad mental. Por lo tanto debemos señalar que los factores sociales tienen un impacto directo en el mundo psíquico de los seres humanos. Se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona la puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad. La manera de ser de los padres, su forma de crianza, el ambiente familiar y cultural puede influir para que una persona sea susceptible a desarrollar ansiedad. Los temores pueden ser resultados de conductas aprendidas transmitidas por adultos temerosos.

5.3 FISIOPATOLOGÍA: MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS INVOLUCRADOS

5.3.1 HIPERACTIVIDAD ADRENÉRGICA

Numerosos estudios avalan el protagonismo del sistema noradrenérgico en la neurobiología de la ansiedad:

- a) La estimulación eléctrica del locus ceruleus en el mono provoca reacción de miedo similar a la que tiene lugar durante la exposición a la amenaza real en el hábitat natural.
- b) Niveles altos de noradrenalina, adrenalina y sus metabolitos se han encontrados en sujetos sanos luego de un estrés emocional. Los síndromes de abstinencia de opiáceos y alcohol, así como la abrupta suspensión de antidepresivos se asocian a sintomatología



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

ansiosa intensa y aumento del metohidroxifenilglicol (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo y en la orina.

- c) La yohimbina es una droga que bloquea los alfa-2 adrenorreceptores presinápticos lo que produce un aumento en la liberación de noradrenalina. Si la yohimbina se administra a pacientes con trastornos por pánico les causa ataques de pánico, a la vez que les produce elevación de la presión arterial, taquicardia y aumento de los niveles de MHPG y cortisol. Por otro lado la clonidina un agonista alfa-2 adrenérgico, reduce la actividad del locus ceruleus y es capaz de bloquear los ataques de pánico en pacientes con trastorno por pánico. Ambos hechos evidencian una anomalía adrenérgica en la etiología del trastorno por pánico.
- d) Hipersensibilidad de quimiorreceptores. 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.

5.3.2 HIPOSENSIBILIDAD DE LOS RECEPTORES GABA-BENZODIACEPÍNICOS

Hay dos tipos de receptores GABA, el A y el B. El GABA-A es un complejo receptor macromolecular postsináptico que incluye un canal de cloro y funcionalmente asociado a receptores benzodiazepínicos. Abundan en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza. Cuando el receptor GABA-A es activado se 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.

Las benzodiazepinas y el etanol, con demostrado efecto ansiolítico, se unen al receptor benzodiazepínico, el cual está localizado en la subunidad alfa del receptor GABA-A. En los pacientes con trastorno por pánico presentan ataques de pánico al administrarle flumazenil, un antagonista de los receptores benzodiazepínicos; a la vez, éstos pacientes son menos sensibles al diazepam, sugiriendo una hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiazepínicos a nivel del locus ceruleus.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

5.3.3 DISFUNCIÓN SEROTONINERGICA

Existen muchas investigaciones que comprueban la participación de la serotonina en la génesis de los trastornos de ansiedad, especialmente en los trastornos por pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo y la más clara evidencia es la efectividad terapéutica de los inhibidores de la recaptura de serotonina en estos trastornos. Aunque la serotonina ciertamente juega un papel importante en la ansiedad, en éste momento es difícil especificar si el problema es un déficit o un exceso de este neurotransmisor o se trata de una alteración en la sensibilidad de los múltiples receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos (5HT 1A, 2A, 2C, 1D vinculados con la ansiedad), que al estar ubicados en distintas regiones del cerebro daría lugar a una variedad de alteraciones.

En seguida damos a conocer las investigaciones que al respecto se han hecho y los posibles mecanismos neuroquímicos involucrados en la producción de los trastornos de ansiedad.

a) Hiperactividad serotoninérgica

Hipersensibilidad de los receptores 5HT. Sustancias como la fenfluramina, agonista serotoninérgico y la m-clorophenilpiperazina (m-CPP), un agente liberador de serotonina, provocan ansiedad en pacientes con trastorno por pánico. En este trastorno 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. Algunos 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.

Hiperactividad serotoninérgica en 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.

El uso a largo plazo de un ansiolítico como la buspirona, un parcial agonista de los receptores pre y postsinápticos de 5- HT_{1A}, produce una "up regulation" presináptico



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

produciendo una disminución de la liberación de serotonina en el espacio intersináptico y también porque parcialmente inhibe la unión de la serotonina a su receptor post- sináptico.

b) Hipoactividad serotoninérgica

Existe una proyección de neuronas serotoninérgicas del rafe al locus ceruleus, que ejercen sobre él un efecto inhibitorio (Antón-Dones y col.). Una anormal disminución de la actividad serotoninérgica daría lugar a una activación del locus ceruleus y por ende 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 (Ayuso) y fármacos que aumentan la serotonina como los IRSS son efectivos en la mayoría de trastornos de ansiedad.

c) La serotonina con efecto ansiogénico y ansiolítico

Graeff y colaboradores han propuesto que existen al menos dos distintas vías involucradas en la ansiedad, que tienen efectos opuestos. Una, es la vía ascendente que va de los núcleos dorsales del rafe a la amígdala y la corteza prefrontal que provoca el miedo condicionado y la otras que va de los núcleos dorsales del rafe a la sustancia periacueductal que inhibe el miedo no condicionado. En la primera, una hiperactividad serotoninérgica sería responsable de la fobia social y un déficit en la segunda, del trastorno por pánico. En la primera la serotonina es ansiogénica y en la segunda ansiolítica. El efecto final de los inhibidores de la recaptura de serotonina dependería entonces de la relativa importancia de cada vía en la etiología de los trastornos de ansiedad.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

En investigaciones realizadas a nivel internacional, se ha demostrado que los Trastornos de Ansiedad (TA) se presentan con bastante frecuencia en los niños y adolescentes. Bernstein y Col. realizan esta afirmación basados en los estudios de Costello en 1989. Este autor estudió una muestra de 800 niños de 7-11 años de edad, que asistían a un servicio ambulatorio de Pediatría, y encontró que el 8,9% de ellos reunían criterios para, por lo menos, un trastorno de ansiedad. Este hallazgo fue corroborado por Kashani y col. en 1988, quienes encontraron algún trastorno de ansiedad en el 8.7% de una muestra de 150 adolescentes estudiados.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Con respecto a la prevalencia del Trastorno de Ansiedad (T.A) en población peruana, se conocen los datos estadísticos reportados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, realizados tanto en la ciudad de Lima como en la sierra, en los años 2002 y 2003, donde se halla que el valor promedio de la prevalencia de fobia social en población adolescente, era de 7,1 y 3,1 % respectivamente; mientras que el de trastorno de ansiedad generalizada fue de 4,2% y de 5,5 %.

Por otro lado, en la Dirección de Niños y Adolescentes de la citada institución, se ha observado que el T.A. es altamente prevalente entre los pacientes atendidos. Entre los años 2004 - 2006, los pacientes nuevos con algún tipo de trastorno de ansiedad han oscilado entre 10 al 11% del total (siendo el promedio de pacientes nuevos 211). Estos datos corroboran lo reportado a nivel internacional.

Costello y Angold en 1995, refiriéndose a los Trastornos de Ansiedad (T.A.) en niños y adolescentes, puntualizan que son trastornos muy comunes, incapacitantes, subdiagnosticados y frecuentemente tratados en forma inadecuada.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1 Medio ambiente

Los factores psicosociales que contribuyen a la aparición de Trastorno de Ansiedad (TA) son la exposición a una experiencia traumática propia o escuchar que sucedió, lo cual genera temor y miedo; el antecedente de pérdida o separación de una persona significativa, por muerte, trabajo o divorcio; cambiar de escuela, la llegada de un nuevo hermano o padecer una enfermedad.

Los padres sobreprotectores, que amparan excesivamente al chico de las adversidades de la vida, tienden a afianzar la creencia de que todo afuera de casa es riesgoso y que conviene evitar salir del círculo familiar. Aunque actúe con la mejor de las intenciones, el sobreprotector impide al niño o adolescente aprender a manejar adversidades y asumir algún riesgo como parte de su vida. Se ha identificado que las familias que presentan este problema tienden a ser muy consentidoras y sobreprotectoras que transmiten un temor exagerado. Algunos padres transmiten a sus hijos sus propios miedos ante los peligros, y en este caso son los padres quienes no permiten al chico que se separe.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

La ausencia física o psicológica de uno o ambos padres propicia que no se satisfagan las necesidades básicas de afecto, orientación, límites y supervisión en la crianza. Ejemplo de lo anterior es la deprivación afectiva que sufren aquellos niños o adolescentes cuyos padres nunca están disponibles afectivamente, no conversan, no se acercan para darles cariño o para reprenderlos. Aunque puede ser normal que el menor experimente mucha ansiedad cuando es separado de los padres por mucho tiempo, esto puede agravarse si no entiende los motivos y no se le da una explicación sobre ello, como ocurre en ocasiones cuando no se quiere informar de la hospitalización por la enfermedad de una persona cercana, del divorcio de los padres, de un trabajo en el exterior o de la muerte.

Hay situaciones propias de la adolescencia que genere ansiedad, como la aceptación del grupo, los cambios del cuerpo, el cambio de escuela, la separación de los padres, las altas expectativas y presión por alcanzar el éxito y un mundo que parece atemorizante y amenazador.

Los niños y los adolescentes de hoy están conectados constantemente a las redes sociales. No es de sorprenderse que su autoestima y la forma como ven el mundo estén conectadas a lo que se publica (comentarios) en las redes sociales. Es difícil para ellos no comparar su vida y sus conexiones sociales con lo que ven a otros publicar en las redes sociales.

5.5.2 Estilos de vida

Criarse en una familia caracterizada por un patrón de todo o nada, de blanco o negro, probablemente se continuará sosteniendo en la adultez. Estas reglas severas pueden ir de la mano con exigencias desproporcionadas que suelen estar basadas en algún patrón cultural, moral, religioso o sectario inflexible.

Muchos niños y adolescentes son valorados por sus padres como personas, sólo cuando su desempeño cumple con las expectativas de los mismos, por ejemplo, al obtener muy buenas calificaciones escolares o al desarrollar algún talento. La aprobación según el desempeño, lleva al niño o al adolescente a creer que una persona tiene valor únicamente cuando los padres son perfeccionistas y no sólo quieren que sus hijos aprueben con buenas notas, sino que además esperan de ellos la perfección.

Los estilos de vida y la situación familiar generan ansiedad debido a que implican una alteración en el sistema de las aminas biógenas del cerebro. Una estructura implicada es el locus ceruleus observándose que las células noradrenérgicas de este núcleo responden más



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

eficazmente a los estímulos que producen un miedo intenso. También, el receptor GABA estaría involucrado ya que la mejor explicación de los efectos tranquilizantes de las benzodiacepinas es la potenciación de algunos de los efectos inhibitorios del GABA.

5.5.3 Factores Hereditarios

El trastorno de ansiedad más estudiado es probablemente el trastorno de pánico. Se estima que la aportación de la genética a la ocurrencia del trastorno se sitúa alrededor del 40%. De hecho, los estudios con gemelos indican que entre los monozigotos (comparten la misma carga genética) la presencia del trastorno es de 2 a 5 veces más elevada que entre gemelos dizigotos (no comparten la misma carga genética).

Por otro lado, entre familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos), es 3 veces más frecuente padecer este trastorno que en la población general. Otros estudios sugieren que los trastornos de pánico podrían compartir factores genéticos con otros problemas de ansiedad, como las fobias, la inhibición del comportamiento o la ansiedad por separación. Esto podría explicar, por ejemplo, que los hijos de personas con trastornos de pánico muestren alguno de estos trastornos.

Algunos trabajos estiman en un 30% la contribución de la genética a la explicación del trastorno de ansiedad generalizada. La concordancia entre gemelos monozigotos es mayor que entre dizigotos. Por otro lado, los familiares de primer grado de personas con este trastorno tienen entre 2 y 3 veces más probabilidad de tener este mismo trastorno.

La agorafobia, la fobia a la sangre y/o a las heridas y la fobia social son los trastornos de ansiedad con una mayor heredabilidad. También el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es más prevalente en gemelos monozigotos que en dizigotos, con una heredabilidad que se estima en torno al 20-30%.

VI. Consideraciones Específicas

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y Síntomas

- **Ansiedad:** Es una emoción natural experimentada como desagradable, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza, con posibles

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

consecuencias negativas. Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas la persona se pone en alerta.

- **Estrés:** Es el conjunto de reacciones físicas, bioquímicas o emocionales que experimenta una persona como respuesta a una situación determinada que implica demanda, exigencia, privación o abuso. Puede producir enfermedad física o trastorno de salud mental. Por ejemplo: Ansiedad y Depresión, entre otras. Es medido en una escala nominal.
- **Estresor psicosocial:** Es un evento existente en el ambiente familiar, el trabajo, las relaciones sociales y comunitarias, o en los contextos económico, político y cultural, que producen estrés en la persona entrevistada.

6.1.2 Interacción Cronológica

Utilizaremos el Modelo de Diátesis-Estrés para explicar la ansiedad que derivan en la combinación de una predisposición a la vulnerabilidad, junto con vivencias de estrés.

- La vulnerabilidad o diátesis hace que sea más o menos probable que una persona desarrolle una psicopatología si se percibe un cierto estrés. Es decir, una historia de experiencias negativas o frustrantes en situaciones sociales, asociado a factores genéticos, biológicos, fisiológicos, cognitivos, psicosociales y de personalidad.
- El estrés, como factor adquirido, se da al alterarse el equilibrio en la vida de una persona y juega un papel importante en el desarrollo de la ansiedad, es decir, la evaluación negativa del propio desempeño reduce la autoconfianza y autoestima.

6.1.3 Gráficos, diagramas o fotografías





Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico

❖ Tipos de Trastornos de Ansiedad:

- a. **Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):** Se trata de una tensión crónica aun cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración mínima de seis meses. El niño o adolescente se preocupa por diferentes problemas al mismo tiempo, como: por la salud del padre, el trabajo de la madre, su relación con otros niños, etc.
- b. **Trastorno de Pánico o Ataque de Angustia (TP):** El paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente. Se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la padece crea que va a morir o que va a sufrir un ataque cardíaco o se va a volver loco. Estos episodios repentinos de miedo intenso, no tienen una causa directa. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno, desarrollan angustia a experimentar el próximo ataque. Es la llamada *“Ansiedad Anticipatoria”*.
- c. **Trastorno Fóbico Simple (TFS):** Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar en avión, a los pájaros o a los espacios abiertos.
- d. **Trastorno Fóbico Social (TFSO):** Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante situaciones sociales, actuaciones en público, a la exposición a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. La persona teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Los niños y adolescentes son considerados como “muy tímidos”.
- e. **Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT):** Se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático. Es un estado emocional con exaltada vigilancia y reducción general de interés por los sucesos cotidianos.
- f. **Trastorno de Ansiedad de Separación (TAS):** Los síntomas de ansiedad en el niño ocurren ante la separación real o probable de las figuras a las que se halla vinculado por temor a que les ocurra algo terrible. El paciente puede desarrollar pesadillas en las que



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

ocurren eventos trágicos para él mismo o las figuras de vinculación por el hecho de haberse separado; estos síntomas pueden dificultar la asistencia del paciente a la escuela o desencadenar crisis de ansiedad cuando los padres asisten al trabajo.

❖ Síntomas en los trastornos de ansiedad

A. Trastorno de la ansiedad generalizada (TAG)

El código de la CIE-10 para el TAG es el F41.1, se requiere la presencia de 6 criterios de 22 que contiene la clasificación, de esos 6, cinco son compartidos por el DSM-IV.

Según el DSM-IV-TR, para hacer el diagnóstico de TAG se debe identificar, al menos en un periodo de seis meses, la presencia de los siguientes síntomas, que son denominados criterios diagnósticos:

- ✓ Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- ✓ Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- ✓ La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Es importante saber que en los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - Inquietud o impaciencia
 - Fatiga fácil
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - Irritabilidad
 - Tensión muscular
 - Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- ✓ El Centro de la Ansiedad y de la Preocupación no se limita a los síntomas de otro trastorno psiquiátrico; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- ✓ La Ansiedad, la Preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ✓ Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

B. Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)

En la CIE-10 describen síntomas casi idénticos para el trastorno de ansiedad por separación en comparación con la DSM-IV-TR, aunque son un poco más estrictos en la edad de inicio, ya que exigen que ésta sea menor de 6 años, y se denomina como trastorno por separación en la infancia (F93.0). Según el DSM-IV-TR, para poder establecer el diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación deben tenerse en consideración los siguientes criterios:

1. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
 - ✓ Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
 - ✓ Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
 - ✓ Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (por ejemplo, extraviarse o ser secuestrado).
 - ✓ Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
 - ✓ Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las figuras principales vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares, negativa o



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

resistencia persistente a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a dormir fuera de casa.

- ✓ Pesadillas repetidas con temática de separación.
- ✓ Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

2. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
3. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
4. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
5. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno post psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.
6. Se debe especificar si es de inicio temprano cuando los síntomas tienen lugar antes de los 6 años de edad.

C. Trastorno de Pánico (TP)

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la crisis de angustia son idénticos a los del DSM-IV, excepto en el hecho de que la CIE-10 incluye un síntoma adicional: boca seca.

A diferencia del DSM-IV, el diagnóstico de trastorno de pánico que propone la CIE-10 exige que por lo menos uno de los síntomas corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca.

La CIE-10 exige al menos 4 crisis en un período de 4 semanas, mientras que el DSM-IV, sólo el que las crisis de angustia resulten clínicamente significativas, sin especificar un número de crisis por tiempo determinado.

El código de la CIE-10 para el trastorno de pánico (o también llamado trastorno de ansiedad paroxística episódica) es el F41.0

Para establecer el diagnóstico de Trastorno de Pánico (TP) es indispensable saber claramente los síntomas que caracterizan a las crisis de angustia, pues su presencia es parte del diagnóstico del TP. Los criterios para calificar a una crisis de angustia según el DSM-IV-TR son:



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- ✓ Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- ✓ Sudoración
- ✓ Temblores o sacudidas
- ✓ Sensación de ahogo o falta de aliento
- ✓ Sensación de atragantarse
- ✓ Opresión o malestar torácico
- ✓ Náuseas o molestias abdominales
- ✓ Inestabilidad, mareo o desmayo
- ✓ Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- ✓ Miedo a perder el control o volverse loco
- ✓ Miedo a morir
- ✓ Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- ✓ Escalofríos o sofocaciones

Las Crisis de Angustia no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo). Y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Existen dos crisis de Angustia:

- ✓ La Crisis de Angustia Inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales).
- ✓ Las Crisis de Angustia Situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y las que pueden o no aparecer con estímulos situacionales.

En el Trastorno de Pánico (TP) se requiere que existan crisis de angustia inesperadas. Las crisis de angustia no son un diagnóstico aislado, no puede establecerse como tal, pues es una manifestación que depende de la presencia de otro trastorno, como el TP o las fobias, donde al exponerse al objeto de la fobia se desencadena una crisis de angustia.

Ahora teniendo en cuenta los criterios para decir que se trata de una crisis de angustia, se revisan los criterios diagnósticos del trastorno:

Se cumplen (1) y (2):



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

- (1) Aparición de crisis de angustia inesperadas y en varias ocasiones.
- (2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes o más de uno o más de los siguientes síntomas:
 - ✓ Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 - ✓ Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”)
 - ✓ Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis

Puede hacerse la especificación de Trastorno de Pánico (TP) con agorafobia o sin agorafobia. La agorafobia es la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o si apareciera una crisis de angustia inesperada no se pueda disponer prontamente de ayuda, como estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer fila, pasar por un puente, viajar en autobús, metro o algún otro transporte. Cuando esto ocurre, el paciente requiere la compañía de alguien para soportarlo o evita enfrentarse a esa situación, por lo que cambia notablemente sus conductas.

D. Fobia Específica (FE) y Fobia Social (FS):

El código de la CIE-10 para la FE (también llamada aislada) es F40.2. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad, de los mismos citados para las crisis de angustia, además de limitarse a la situación temida.

Los criterios diagnósticos para la Fobia Específica (FE) según el DSM-IV-TR son los siguientes:

- ✓ Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.
- ✓ La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada. **Nota:** En los niños, la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, inhibición o abrazos.
- ✓ La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños este reconocimiento puede faltar.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

- ✓ La situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- ✓ Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- ✓ En los menores de 18 años, la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- ✓ La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Según la CIE-10 el código para la Fobia Social (FS) es el F40.1. Igual que para la Fobia Específica, requiere la presencia de al menos dos síntomas vegetativos de los citados para las crisis de angustia, y dos de los siguientes: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar, así como limitarse a las situaciones temidas.

Los criterios de **Fobia Social (FS)** según el DSM-IV-TR, son:

- ✓ Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- ✓ La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación.
Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- ✓ El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.
- ✓ Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

- ✓ Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la situación social o actuación en público temida interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales, académicas y sociales o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- ✓ En los individuos menores de 18 años, la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- ✓ El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- ✓ Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio (a) no se relaciona con estos procesos.

Se debe especificar si es generalizada, es decir, si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales.

❖ Pautas de Evaluación

1. Evaluación Psiquiátrica:

- ✓ Evaluación del paciente y determinación del tipo de trastorno de ansiedad, considerando los criterios diagnósticos del CIE 10.
- ✓ Confección de Historia Clínica.
- ✓ De considerarse necesario se realizarán interconsultas a los servicios de Pediatría, Neuropediatría, Endocrinología Pediátrica, Genética y otros.
- ✓ Solicitud de exámenes de laboratorio: hemograma, hemoglobina, pruebas hepáticas; dosaje de glucosa, urea y creatinina; examen completo de orina; pruebas de función tiroidea y otros exámenes que se estime pertinentes.
- ✓ Aplicación de instrumentos de evaluación, como:
 - Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)
 - Escalas de Impresión Clínica Global para severidad de la enfermedad ICG-SE y para mejoría global ICG-MG
 - Escala de Funcionamiento Global para niños
 - Escala Multidimensional de Ansiedad para niños (MASC)



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

- ✓ Confección del árbol genealógico considerando patología psiquiátrica
- ✓ Derivaciones a los servicios de psicología y servicio social para las evaluaciones respectivas.

2. Evaluación Psicológica :

- ✓ Entrevista psicológica
- ✓ Observación de conducta y actitud
- ✓ Escala de Ansiedad STAI para niños

3. Evaluación Socio familiar :

- ✓ Detección de los factores de riesgo familiar, relacionados con la aparición y/o el mantenimiento del trastorno, así como la influencia del entorno social en la vida familiar del paciente mediante los siguientes instrumentos de evaluación:
 - Ficha de Estudio Socio-Familiar
 - Evaluación de los Estilos de Crianza
 - Evaluación del funcionamiento familiar
 - Evaluación de la ansiedad en los padres

6.2.2 Diagnóstico Diferencial

Ante un paciente que plantea un diagnóstico diferencial con un trastorno de ansiedad, sería recomendable descartar razonablemente una enfermedad sistémica. Para ello deberíamos tener en cuenta los síntomas físicos que predominan en su presentación, el conocimiento de la historia médica y psicológica previa tanto del paciente como de su familia y las enfermedades que generan trastornos de ansiedad, así como la probabilidad de que las pueda padecer.

No hay que olvidar la gran capacidad de tóxicos como la cafeína, el cannabis o la cocaína y otras drogas de síntesis, para inducir crisis de ansiedad y angustia en personas predispuestas. También hay que considerar la importancia que tiene el alcohol para muchas de las personas que padecen ansiedad (sobre todo ansiedad generalizada, trastorno de angustia y fobia social) ya que es usado como un tranquilizante, que alivia la sintomatología de la angustia.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Con todo ello decidiremos las pruebas adicionales a realizar, según el grado de sospecha y la inmediatez con que éstas deben ser realizadas, en función de los síntomas y la evolución.

La comorbilidad médica en los trastornos de ansiedad: Una amplia gama de enfermedades médicas pueden producir síntomas de ansiedad, si bien es éste un campo, el de la comorbilidad, que previsiblemente va a cambiar, ya que cada vez se describen más trastornos somáticos en pacientes afectados de patología ansiosa. La diferenciación actual entre trastornos primarios o “debidos” a enfermedad médica, dará paso a “asociados a patología somática”. Del mismo modo que ocurre en la enfermedad depresiva o bipolar, la coexistencia de patología autoinmune tiroidea, asma, migrañosa, etc. realza progresivamente la probabilidad de que se trate de manifestaciones distintas de un mismo origen sistémico.

En el caso de los pacientes con el diagnóstico de trastornos de ansiedad, varios estudios han constatado una mayor prevalencia de trastornos gastrointestinales, genitourinarios, osteomusculares, tiroideos, alérgicos, así como migraña, cardiopatías e hiperlaxitud articular, comparados con pacientes sin trastornos de ansiedad

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

No existen exámenes auxiliares para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad. Sin embargo, siempre se debe descartar cualquier enfermedad no psiquiátrica que explique los síntomas del paciente, como, alteraciones tiroideas, consumo de sustancias, alteraciones metabólicas, etcétera, pues la ausencia de una causa médica o por efecto de una sustancia que puede generar esos síntomas es uno de los criterios para pensar en un Trastorno de Ansiedad.

6.3.1 De Patología Clínica

No existen exámenes de patología clínica para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad.

6.3.2 De Imágenes

No existen exámenes de imágenes para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

6.3.3 De Exámenes complementarios

No existen exámenes complementarios para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

El tratamiento debe ser multimodal, es decir, debe incluir la educación a los padres y al paciente acerca de las características del trastorno, el acercamiento al personal escolar, la intervención psicoterapéutica y, desde luego, la farmacoterapia. La selección del tratamiento se basa en las características individuales del paciente y su familia. Se deben tomar en cuenta los estresores ambientales, los factores de riesgo, la severidad, la disfunción que le ocasiona y la comorbilidad, así como la edad y el funcionamiento familiar.

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

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

En los pacientes con Trastorno de Pánico puede ocurrir que, a pesar de que ya se han controlado las crisis de angustia de manera farmacológica, los cambios conductuales persisten. Por este motivo las intervenciones psicoterapéuticas son de suma importancia porque implementan estrategias del manejo de la ansiedad que son herramientas prácticas que el niño puede utilizar, mejoran la autoconfianza y refuerzan la sensación de control de sí mismos.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

El tratamiento farmacológico debe ser instalado por el psiquiatra y el médico no psiquiatra no debe hacer modificaciones sin comunicarse con el médico tratante.

6.4.2 Terapéutica

En caso de comorbilidad psiquiátrica, el manejo de los psicofármacos se ajustará al cuadro específico (ejemplo: en pacientes con trastornos afectivos, podrán utilizarse estabilizadores del ánimo, sales de litio, antidepresivos y antipsicóticos de preferencia atípicos).

Tratamiento Psicoterapéutico

La intervención va a ir dirigida a disminuir la respuesta fisiológica, mejorar la respuesta cognitivo-afectiva y modificar la conducta.

La intervención psicoterapéutica va ir dirigido al niño o adolescente con orientación a las personas que están a su cuidado, como familia y colegio.

Entre los objetivos psicoterapéuticos están:

- ✓ Aumentar la confianza en él mismo y en sus capacidades, identificando situaciones a las que el niño o adolescente se enfrenta con éxito, remarcando sus habilidades, utilizando frases que sirvan de refuerzo de las propias capacidades.
- ✓ Cambiar el estilo cognitivo de considerar la situación como algo amenazante a considerarla como un problema a resolver.
- ✓ Establecer una conexión entre la ansiedad y los pensamientos o deseos que la desencadenan, así como identificar preocupaciones y creencias.
- ✓ Atribuir sus emociones a él mismo y no al ambiente o a algo externo para que vea que él está creando sus propios sentimientos.
- ✓ Acompañarlo en la situación que le produce ansiedad para ayudarlo a descubrir sus pensamientos.
- ✓ Desarrollar la auto-observación de los antecedentes, la conducta y los pensamientos mediante registros de conducta.
- ✓ Entrenarlo en estrategias de afrontamiento de la situación específica (habilidades sociales, técnicas de estudio, relajación, hábitos de higiene). Por ejemplo, para



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

disminuir la ansiedad frente a un examen se puede entrenar en técnicas y planificación del estudio, relajación, concentración, alimentación, sueño.

- ✓ Entrenar a los padres en respuestas adecuadas de empatía y no intentar solucionar el problema en el momento, ni minimizar su importancia.
- ✓ Entrenar a los padres en cómo contarle al niño o adolescente las maneras constructivas y realistas de enfrentarse al problema.
- ✓ Ayudar a los padres a que se frenen en su intento de controlar al niño o adolescente, de culparlo por lo que siente o de desvalorizarlo.
- ✓ Entrenar a los padres en cómo dar seguridad a su hijo o hija, de que encontrarán la manera de que se sienta mejor.
- ✓ Participar en sesiones de terapia de familia para identificar y resolver conflictos entre los distintos miembros de la familia.
- ✓ Pedir colaboración (por escrito) al profesor del colegio que asiste para que refuerce sus capacidades y siga las instrucciones del terapeuta.

Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad

El tratamiento tradicional de los trastornos de ansiedad comprende intervenciones psicosociales, como la psicoterapia individual combinada con terapia familiar y orientación a los padres, además del tratamiento farmacológico. En el tratamiento farmacológico se han utilizado principalmente los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (IRSS). El tratamiento varía según el trastorno de ansiedad presente y la comorbilidad.

Evidencia del tratamiento farmacológico en trastornos de ansiedad

Existe evidencia para considerar a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como los fármacos de elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Estudios aleatorizados recientes, placebo controlados han establecido que la farmacoterapia con este tipo de antidepresivos es efectiva a corto plazo.

La FDA (Food and Drug Administration) en 2004 ordenó utilizar un black box warning para indicar a los médicos tener cuidado con el uso de los antidepresivos, porque se reportó que podría incrementar la suicidalidad (ideas de muerte o ideas suicidas). Sin embargo, esta



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

advertencia estuvo basada en estudios con adolescentes que primariamente tenían un trastorno depresivo y no en estudios en niños con ansiedad. Debe mencionarse que ningún niño o adolescente participante en estudios controlados se ha suicidado tomando los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son generalmente bien tolerados, ocasionan efectos secundarios leves de tipo gastrointestinal, cefalea, incremento de la actividad motora e insomnio. Son menos comunes los efectos de desinhibición, aunque estos deben ser monitorizados en las citas siguientes a su inicio, se debe tener especial cuidado con hijos de padres con antecedentes de trastorno bipolar.

El inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina que más se utiliza en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la población infanto juvenil es Fluoxetina, la cual se inicia con dosis de 10 mg/día los primeros días y se incrementa a 20 mg/día los próximos días, debe considerarse un incremento de la dosis del ISRS cuando no se ha observado mejoría en la cuarta semana de tratamiento. Cuando se ha alcanzado una notable reducción de los síntomas (>50%) se recomienda mantener el tratamiento durante un año a partir de ese momento y reiniciarse si se suspende y ocurre una recaída de los síntomas.

No existe evidencia empírica que un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina en particular sea más efectivo que otro en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes. La elección está basada en el perfil de efectos secundarios, en la duración de acción o en la historia de buena respuesta a un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina en particular de algún familiar de primer grado. Aunque hasta el momento no hay guías específicas de dosis, algunos artículos de revisión recomiendan iniciar con dosis bajas y monitorear de forma cercana los efectos secundarios para incrementar lentamente la dosis, según la respuesta al tratamiento y tolerabilidad. Se debe tener en cuenta que los niños con ansiedad y sus padres pueden ser especialmente susceptibles a cualquier efecto secundario que pueda semejar un empeoramiento de síntomas, por ello, se debe hacer especial énfasis en aclarar con ellos estos puntos.

Hemos mencionado a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, sin embargo, existen otros fármacos que pueden ser utilizados, los antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos, como la venlafaxina, sola o en combinación con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; en la población pediátrica las benzodiacepinas deben ser usadas de manera muy limitada y sólo bajo la vigilancia del especialista. La venlafaxina ha mostrado



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

ser bien tolerada y efectiva en el tratamiento del Trastorno Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes.

En cuanto al tratamiento de la fobia social, los antidepresivos antes mencionados han demostrado en diferentes estudios, ser eficaces. No así en las fobias específicas, pues hay pocos estudios sobre el tratamiento farmacológico. En ambas, las intervenciones psicoterapéuticas son esenciales para el manejo de estos chicos.

Por último, las benzodiazepinas no han demostrado eficacia cuando son administradas como monoterapia en el tratamiento para ningún trastorno de ansiedad en niños o adolescentes. Pueden ocasionar efecto paradójico, es decir, que en lugar de tener el efecto sedante y ansiolítico pueden ocasionar agitación, ansiedad, irritabilidad, insomnio, agitación psicomotora y agresividad. Deben ser indicadas por el especialista, cuando evalúe que su uso supera los posibles efectos secundarios.

El alprazolam y el clonazepam, por ejemplo, pueden utilizarse para mitigar sobre todo la ansiedad anticipatoria o las crisis de pánico en el trastorno de pánico, y en los trastornos fóbicos para disminuir la ansiedad cuando un niño inevitablemente debe exponerse a una situación u objeto que genera temor intenso.

Las benzodiazepinas 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 chicos con dependencia a sustancias.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento

Los Antidepresivos tricíclicos pueden producir síntomas gripales y gastrointestinales, fatiga, ansiedad, agitación, y alteraciones del sueño.

Con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, los síntomas más frecuentes son mareos, náuseas, letargia, dolor de cabeza (más frecuente con paroxetina). Este síndrome también se ha descrito con venlafaxina.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Fluoxetina debido a su vida media prolongada presenta menos capacidad de producir síndrome de retirada. La Paroxetina, en cambio, presenta mayor riesgo.

Hasta un 7% de pacientes pueden presentar alteraciones del sueño, parestesias y vértigos. También hace referencia a casos aislados de agitación, sudoración y náuseas.

6.4.4 Signos de alarma

- ✓ Abuso de sustancias (cualquier tipo de droga o alcohol)
- ✓ Impulsividad y agresión
- ✓ Antecedentes de abuso psicológico, físico o sexual
- ✓ Conflictos con los límites paternos

6.4.5 Criterios de Alta

- ✓ Remisión de síntomas.

6.4.6 Pronóstico

Con respecto al pronóstico, es probable que algunos niños controlen su ansiedad y tengan pocos síntomas residuales en la adultez mientras que otros presenten exacerbaciones y remisiones. Bernstein citó varios estudios de seguimiento de niños con Trastorno de Ansiedad, como el de Keller y col., en 1992, los que demostraron que los niños con Trastorno de Ansiedad frecuentemente tenían un curso crónico.

Cohen y col., en 1993, en un estudio longitudinal de 734 niños, hallaron que casi la mitad de los niños con diagnóstico basal de Trastorno de “Sobreansiedad” severa (hoy Trastorno de ansiedad generalizada) fueron nuevamente diagnosticados con el mismo trastorno a los 2.5 años de seguimiento. En otra investigación similar, realizada por Last y col. en 1996, se encontró que casi un tercio de los niños con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad desarrolló nuevos Trastorno de Ansiedad al cabo de 3 a 4 años de seguimiento; y que, en el 50% de esos niños, se encontraron criterios para otros Trastornos de Ansiedad.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

6.5 COMPLICACIONES

Cuando no son tratados, las repercusiones académicas, sociales y emocionales son importantes. En general, la mayoría de trastornos de ansiedad remiten totalmente con un oportuno y adecuado manejo multidisciplinario.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- **Criterios de Referencia**
 - ✓ Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas
 - ✓ No respuesta a protocolos de tratamiento para la ansiedad

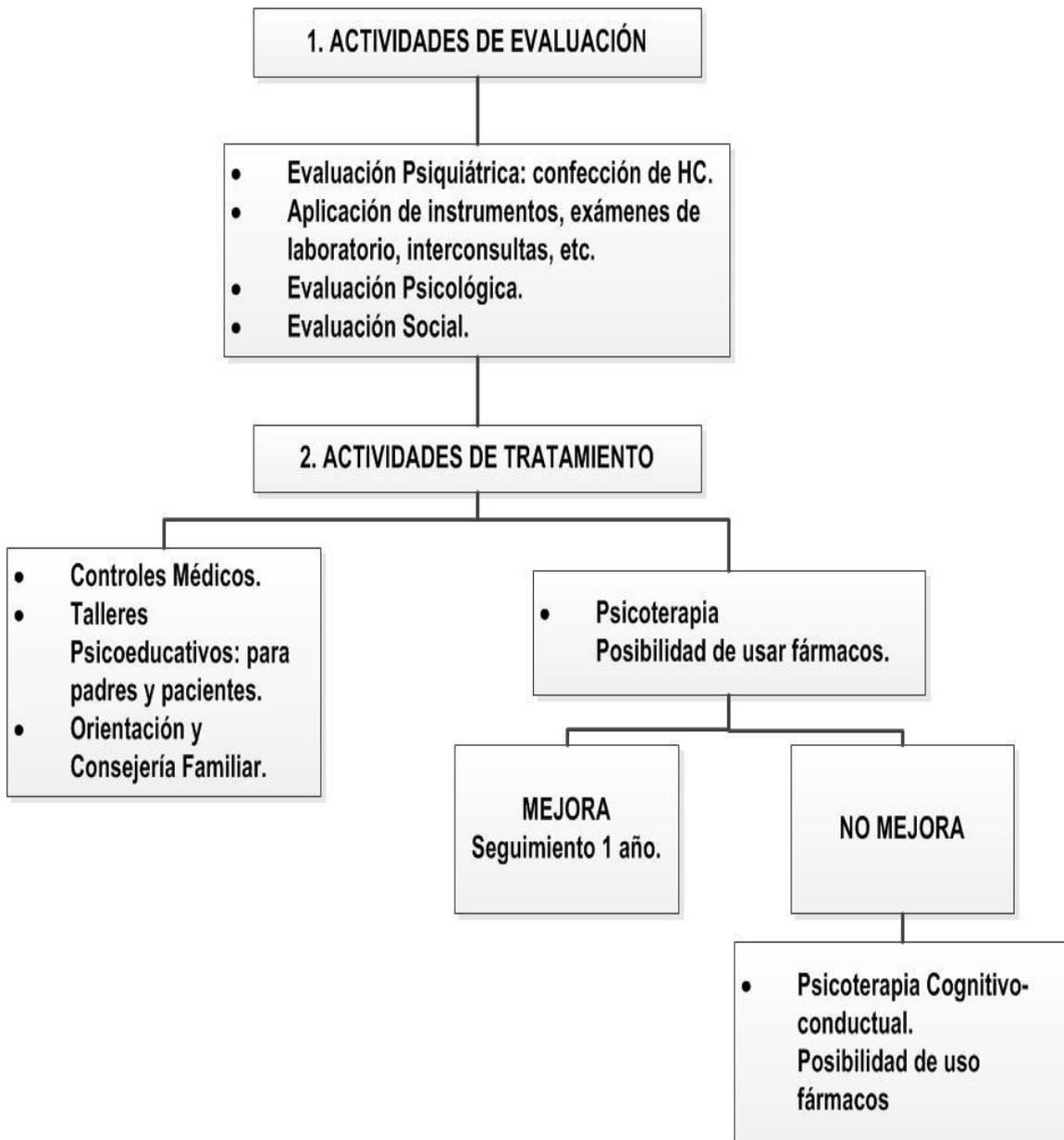
- **Criterios de Contra referencia**
 - ✓ Remisión de cuadro agudo
 - ✓ Respuesta a protocolo de ansiedad

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

6.7 FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA N° 01

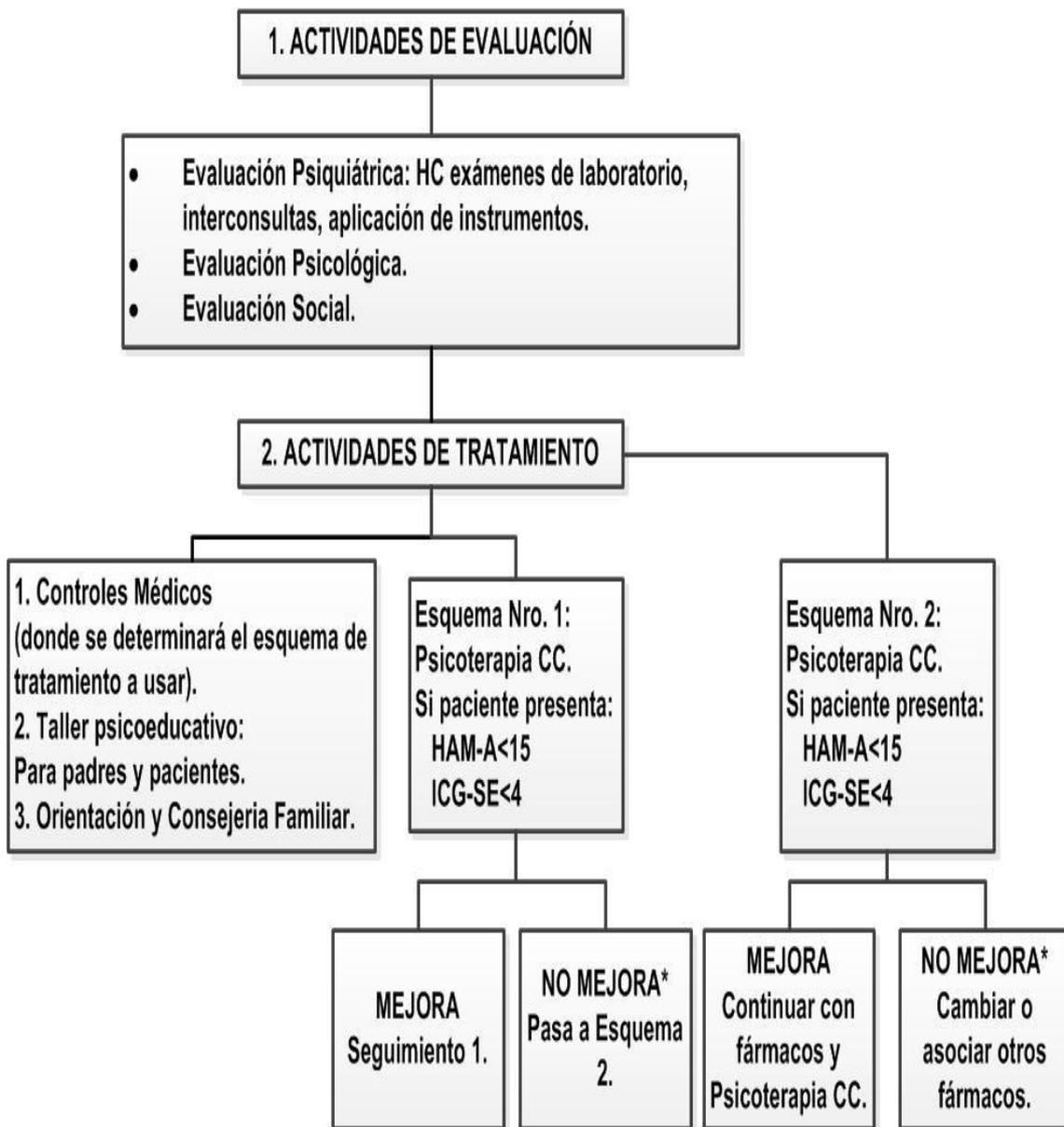
MANEJO DE PACIENTES MENORES DE 8 AÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, FOBIAS ESPECÍFICAS, TRASTORNO DE PÁNICO



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

FLUXOGRAMA N° 02

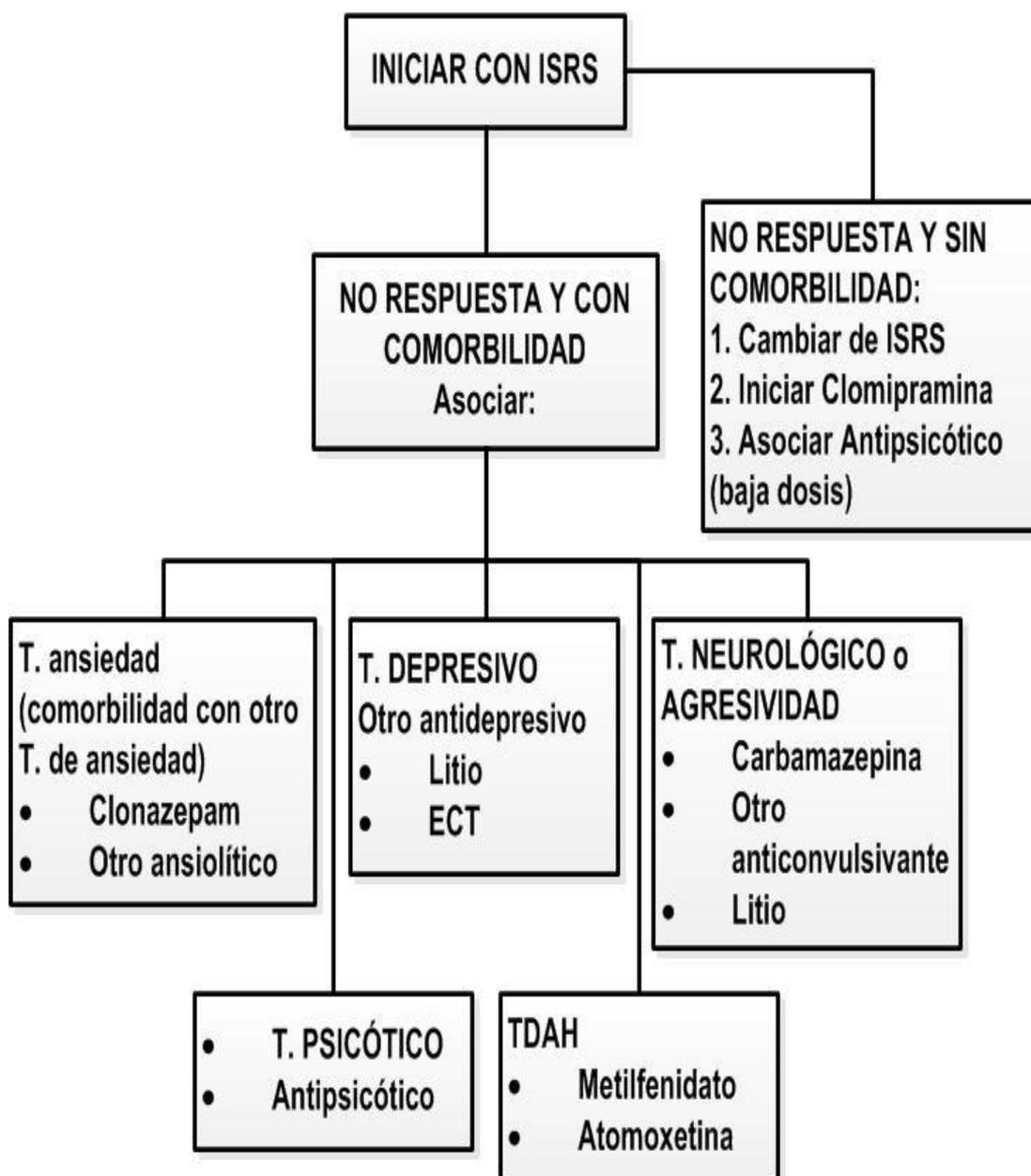
MANEJO DE PACIENTES MAYORES DE 8 AÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, FOBIAS ESPECÍFICAS, TRASTORNO DE PÁNICO



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

FLUXOGRAMA N° 03

ASOCIACIÓN DE FÁRMACOS EN PACIENTES CON CO-MORBILIDAD





Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

VII. Anexos

ANEXO 1

1. PAUTAS PARA EL USO DE PSICOFÁRMACOS

- Descartar causa orgánica.
- Considerar estado clínico actual, edad, nivel cognoscitivo, severidad de la enfermedad y comorbilidad médica y psiquiátrica.
- Considerar historia personal y familiar de respuesta a medicación antidepressiva
- Inicio con dosis pequeñas, y de preferencia diurnas, para observar efectos secundarios.
- Si no se alcanza mejoría significativa luego de cuatro semanas, se debe considerar el incremento de la dosis.
- Considerar posibles interacciones medicamentosas.

2. PAUTAS PARA EL USO DE INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA

- Efectividad demostrada en mutismo selectivo, fobia social, ansiedad generalizada, Trastorno por Estrés Postraumático, y Trastorno de ansiedad de separación.
- La Food and Drug Administration ha aprobado los siguientes inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina para ser usados en niños: Sertralina, desde los 6 años; Fluoxetina, desde los 7 años.
- Se debe tener en consideración que no se ha demostrado que ningún Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina es más efectivo que otro para el tratamiento del trastorno de ansiedad en niños y adolescentes.
- Las mayores diferencias entre Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina radican en la diferencia de vida media y el potencial de interacciones medicamentosas.
- Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son de primera elección para Trastorno de Ansiedad en niños y adultos (menor perfil de efectos secundarios, bajo potencial de abuso, seguridad en sobredosis).
- Se debe comenzar con dosis bajas (Fluoxetina, 5 a 10 mg/día; y Sertralina 25 mg/día).
- Incrementos graduales de dosis en caso de ser necesario.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

- Prestar especial atención a medicamentos concomitantes.
- El efecto ansiolítico se alcanza luego de la primera semana o más tiempo, dependiendo de cuán rápido se incrementa la dosis.
- Dosis terapéuticas para niños y adolescentes: 20 mg/día para fluoxetina; 50 a 100mg para sertralina. Algunos niños responden a dosis menores.
- La elección del Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina dependen del tiempo de vida media y del uso de medicación concomitante.
- Efectos adversos más frecuentes: cefalea, náuseas, molestias gastrointestinales, “activación” que puede ser de leve o moderada, hasta franca manía.
- El clínico debe evaluar la historia familiar o personal de trastorno bipolar, antes de iniciar tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina
- Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina de vida media corta son de elección en pacientes que toman otra medicación y cuando producen agitación o viraje a manía. En estos casos se recomienda solicitar la supervisión de un especialista.
- Los efectos sobre función sexual, son poco frecuentes en adolescentes (disminución de libido).
- Otros efectos adversos observados en adultos, y poco en niños, son: retención urinaria, sudoración, disturbios visuales, acatisia, mareos y fatiga.
- Contraindicaciones por uso de medicación concomitante. Por ejemplo: fluoxetina incrementa niveles plasmáticos de antidepresivos Tricíclicos y de pimizode.
- No combinar con Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAOs)
- Se debe considerar la advertencia dada por la Food and Drug Administration en febrero del 2014 (precauciones en niños y adolescentes con diagnóstico de depresión que reciben antidepresivos, incluyendo ISRS por el riesgo de agitación y suicidio). Esto es válido para niños y adolescentes con diagnóstico comórbido de depresión; en estos casos se recomienda monitoreo cercano especialmente al inicio del tratamiento y durante los cambios de dosis.

3. PAUTAS PARA EL USO DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT)

- Aunque fueron considerados de primera línea, actualmente están siendo poco usados especialmente en niños y adolescentes.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

- A excepción de Clomipramina, no se ha demostrado eficacia de Antidepresivos Tricíclicos en Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes.
- Clomipramina es de primera elección en casos de comorbilidad con enuresis y/o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- Iniciar con dosis bajas e ir aumentando poco a poco
- Tener electroencefalograma basal y repetir cuando se incrementan las dosis.
- Indicaciones: ansiedad severa que no responde a otras medicaciones.
- Efectos secundarios más frecuentes en población pediátrica: alteraciones de la conducción cardiaca; efectos anticolinérgicos e histaminérgicos (muy importantes en la función cognoscitiva).
- Contraindicaciones: enfermedad cardiaca, potencial sobredosis, uso concomitante de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina, uso de otros anticolinérgicos, uso de medicación sedante o medicación que afecte función cardiaca
- Toxicidad: arritmias
- En niños y adolescentes, 1gr. es potencialmente letal.

4. PAUTAS PARA EL USO DE OTROS ANTIDEPRESIVOS

- Informes preliminares de ensayos controlados de venlafaxina en el tratamiento de adolescentes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Fobia Social, sugieren que este medicamento es bien tolerado y efectivo en adolescentes con este tipo de trastorno de ansiedad.

5. PAUTAS PARA EL USO DE BENZODIAZEPINAS

- Existe muy poca información en niños y adolescentes.
- Existen estudios realizados con Alprazolam y Clonazepam con resultados poco alentadores
- Efectos secundarios: depresión respiratoria; depresión del Sistema Nervioso Central (fatiga, somnolencia y dificultad en la concentración); compromiso de memoria, en habilidades cognoscitivas y motoras



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

- Pueden precipitar desinhibición manifestada por ira, agitación e incremento de la impulsividad en casos de historia familiar de trastorno bipolar o enfermedad orgánica cerebral.
- Alto riesgo de dependencia física.
- Contraindicaciones cuando hay historia de abuso de sustancias, enfermedades pulmonares como asma, y uso concomitante de otros medicamentos depresores del SNC
- Se inician en niños y adolescentes con Trastorno de Ansiedad, cuando no hay historia de abuso de sustancias o de depresión mayor, cuando se requiere inmediato alivio de ansiedad severa o cuando hay preocupación sobre viraje o manía
- De segunda línea y sólo al inicio del tratamiento, cuando se requiere alivio inmediato
- Iniciar a dosis muy bajas: Clonazepam 0.25-0.5 mg una o dos veces por día; 2 mg/día en casos severos; Alprazolam 0.25-0.5 mg. dosis máxima de 2 a 4 mg/día



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes

VIII. Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatry Association, 2002
2. Kaplan H, Sadock B: Sinopsis de Psiquiatría. España, Editorial Médica Panamericana. 8° ed, 1998
3. World Health Organization: International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD 10). Geneva, World Health Organization, 1992
4. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Guía clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes, 2010
5. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Afrontera Terapéutica para Niños y Adolescentes con Trastornos de Ansiedad, 2010