



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 26 de enero de 2026.

VISTOS: Informe N° 1755-2025-DIRESA-HRM-03 de fecha 29 de diciembre del 2025; Informe N° 233-2025-DIRESA-HRM/03-RAC de fecha 29 de diciembre del 2025, Informe N° 624-2025-DIRESA-HRM/05 de fecha 23 de diciembre del 2025, Informe N° 044-2025-DIRESA-HRM/05/SVCV-MC de fecha 19 de diciembre del 2025, Informe N° 1918-2025-DIRESA-HRM/11 de fecha 18 de noviembre del 2025, Informe N° 197-2025-DIRESA-HRM/11-11.02/ME-SM-UHSMA de fecha 18 de noviembre del 2025;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

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 la atención de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N° 117.MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud 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, en el Título V, numeral 5.1, Definiciones Operativas de la acotada Norma Técnica de Salud, define a las Guías de la Práctica Clínica (GPC) como un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA se aprobó el Documento Técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local; y con el objetivo de estandarizar la metodología para la generación de GPC en los establecimientos de salud públicos del Sector Salud a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios, que permitan la elaboración de una GPC de calidad, basada en la mejor evidencia disponible;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" que permiten estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa del Ministerio de Salud así como brindar a las Instancias reguladoras de Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas;

Que, el numeral 6.1.4. de las referidas normas, consideran documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamiento de Políticas", "Sistemas de Gestión de la Calidad", "Planes (de diversa naturaleza);

Que, el Hospital Regional de Moquegua tiene la misión de prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, en consecuencia, mediante Informe N° 197-2025-DIRESA-HRM/11-11.02/ME-SM-UHSMA de fecha 18 de enero del 2025, solicitan al Jefe de Departamento de Medicina la aprobación de la "GUÍA TÉCNICA DE PRACTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL Y DICIONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA";

Que, las "GUÍA TÉCNICA DE PRACTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL Y DICIONES DEL HOSPITAL



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 26 de enero de 2026.

REGIONAL DE MOQUEGUA", tienen como finalidad unificar criterios y establecer una atención basada en evidencia científica para la detección, evaluación, tratamiento y seguimiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, con el propósito de optimizar la calidad de la atención;

Que, en ese contexto, mediante Informe N° 078-2024-DIRESA-HRM/AFP de fecha 24 de diciembre del 2024, la responsable del área de Planeamiento, emite opinión técnica favorable respecto a la aprobación de las ocho (8) Guías de Práctica Clínica; ratificado por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, mediante Proveído de fecha 26.12.2024;

Que, asimismo, con Informe N° 624-2025-DIRESA-HRM/05 de fecha 23 diciembre del 2025, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, remite el Informe N° 044-2025-DIRESA-HRM/05/SVCV-MC de fecha 19 de diciembre del 2025, de la responsable del Área de Auditoría de la Calidad, en la cual se emite opinión técnica favorable para la aprobación de las Guías de Práctica Clínica, presentado por el Departamento de Medicina;

Que, en consecuencia, las Guías de Práctica Clínica presentados por el Departamento de Medicina, cumple con observar la normatividad legal vigente, por lo que resulta pertinente proceder a su aprobación con la resolución correspondiente, para su desarrollo en el ámbito Institucional;

Contando con el visto bueno de la Jefatura del Departamento de Medicina, de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Oficina de Planeamiento Estratégico, y con el proveído de la Dirección Ejecutiva que dispone la proyección del acto resolutorio;

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el numeral 3 en cuanto a las atribuciones al cargo de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua descritas en el Manual de Organización y Funciones (MOF) del aprobado mediante Resolución Directoral N° 351-2010-DRSM-DG;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la "GUÍA TÉCNICA DE PRACTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL Y DICIONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", con código de guía N° 001-2025-UHSMA-HRM, que contiene treinta (30) folios, las cuales son parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR, al **DEPARTAMENTO DE MEDICINA**, la implementación, monitoreo y supervisión, a fin de dar cumplimiento a las Guías de Práctica Clínica, aprobadas en el artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°.- REMITASE, a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

DR. OTTE OLIVEROS SUAREZ ANGLÉS
C.M.P. 034923 - R.N.E 038198
DIRECTOR EJECUTIVO

OOSA/DIRECCIÓN
LVRM/JCGA/L
(01) PLANEAMIENTO
(01) CALIDAD
(01) DPTO MEDICINA
(01) ESTADÍSTICA
(01) ARCHIVO

CÓDIGO DE GUÍA

001-2025-UHSMA-HRM

TIPOS DE GUÍA

PRACTICA CLÍNICA

FECHA

17/10/2025

FOLIOS

30

DENOMINACIÓN:

GUÍA TÉCNICA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA.

REEMPLAZA A:

NINGUNA

ELABORADO POR:

Dra. Magaly Conde Olabarrera

- Departamento de Medicina
- Servicio de Medicina Especializada
- Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



Magaly Conde Olabarrera
MÉDICO PSIQUIATRA
CMP 69064 - RNE 51641

I. FINALIDAD

Esta guía técnica tiene como finalidad unificar criterios y establecer una atención basada en evidencia científica para la detección, evaluación, tratamiento y seguimiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, con el propósito de optimizar la calidad de la atención.

II. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una Guía Técnica de Práctica Clínica para la atención de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones del Hospital Regional de Moquegua, orientada a estandarizar los criterios diagnósticos y terapéuticos utilizados por los psiquiatras del servicio, con el fin de asegurar un abordaje clínico integral, coherente y sustentado en la mejor evidencia científica disponible.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir criterios diagnósticos y procedimientos de evaluación estandarizados para la identificación oportuna del Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones del Hospital Regional de Moquegua.
2. Establecer protocolos de intervención farmacológica y psicoterapéutica basados en la evidencia científica, adecuados al contexto clínico y a los recursos disponibles en el Hospital Regional de Moquegua.
3. Promover la implementación de un abordaje interdisciplinario que garantice la coordinación entre profesionales de la Unidad de Salud Mental y Adicciones para una atención integral.
4. Establecer lineamientos de seguimiento clínico y psicosocial que favorezcan la continuidad del cuidado y la reinserción adecuada del paciente en su entorno familiar y social.
5. Incorporar criterios de calidad y seguridad en la atención hospitalaria, asegurando intervenciones efectivas, humanizadas y centradas en el paciente.
6. Facilitar la capacitación continua del personal de salud en el manejo del Trastorno de Ansiedad Generalizada, garantizando la actualización de conocimientos y competencias clínicas.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones contenidas en la presente Guía Técnica son de aplicación obligatoria en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA) del Hospital Regional de Moquegua.

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



Magaly Conde Olabarrera
MÉDICO PSIQUIATRA
CMP 69064 - RNE 51641

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

Trastorno de ansiedad generalizada (código F41.1 según la CIE-10 de la OMS).

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

La ansiedad es una emoción caracterizada por una sensación de aprensión acompañada de manifestaciones fisiológicas de tensión, en la que la persona anticipa un peligro o amenaza futura. Se diferencia del miedo porque este último es una respuesta inmediata ante un peligro concreto, mientras que la ansiedad se orienta hacia amenazas difusas y prolongadas (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (2), la ansiedad cumple una función adaptativa ante situaciones nuevas o amenazantes; sin embargo, se considera patológica cuando su intensidad o persistencia interfiere con el funcionamiento diario. Dentro de los trastornos ansiosos, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar sobre diversos aspectos de la vida, que ocasiona un deterioro significativo en el ámbito personal, social o laboral.

5.2. ETIOLOGÍA:

Como todos los problemas de salud mental, el origen de la ansiedad patológica es multifactorial, no teniendo una etiología única. Los factores de riesgo se comportan como predisponentes, determinantes, desencadenantes o agravantes y aumentan la probabilidad de padecer del trastorno, estos están en constante interacción y ninguno viene a ser más importante que el otro; entre ellos están:

Factores biológicos: se han encontrado algunas anomalías neuroquímicas influenciadas genéticamente asociadas a los trastornos de ansiedad.

Factores psicosociales: estilo de crianza de los padres, ambiente familiar, ambiente cultural, eventos traumáticos en la vida (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.), cambios significativos en el sistema de vida y otros estresores (conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva, problemas en relaciones interpersonales, académicas, laborales, necesidades sociales o económicas no satisfechas, etc.).

5.3. FISIOPATOLOGÍA:

Los síntomas del TAG son producto de una desregulación del sistema nervioso que se origina en áreas específicas y se relaciona con sistemas fisiológicos claves como el sistema endocrino (eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal) y el inmunológico. A

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



Magaly Conde Olabarrera
MÉDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 69064 - RNE 51641

continuación, se revisarán los principales sistemas y áreas implicadas, y las alteraciones aquellas que se relacionan con el TAG. (3).

- **Hiperactividad Adrenérgica:**

La teoría noradrenérgica sostiene que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan un sistema noradrenérgico disfuncional, caracterizado por picos de actividad del locus coeruleus, lo que genera respuestas similares a las de una amenaza real (4).

Estudios experimentales han mostrado que la estimulación eléctrica del locus coeruleus en primates induce conductas de miedo y alerta. Asimismo, se han hallado niveles elevados de noradrenalina y adrenalina en sangre tras la exposición a estrés emocional en sujetos sanos (5). En el TAG, puede existir una hiposensibilidad de los receptores $\alpha 2$ adrenérgicos, lo que contribuye a una activación adrenérgica sostenida (6).

- **Receptores Benzodiazepínicos:**

Se ha descrito una hipofunción del sistema GABAérgico, particularmente en los receptores GABA tipo A, responsables de la modulación inhibitoria del sistema nervioso (7). Estos receptores poseen una subunidad α donde se unen las benzodiazepinas, generando efecto ansiolítico. La administración de antagonistas como el flumazenil puede inducir ansiedad o ataques de pánico en pacientes predispuestos, lo que refuerza el rol del sistema GABA en la fisiopatología del TAG (8). Algunos estudios señalan una menor densidad de receptores benzodiazepínicos, especialmente en el lóbulo occipital (9).

- **Disfunción Serotoninérgica:**

5.3.1.1. Disfunción serotoninérgica

El sistema serotoninérgico (5-HT) participa tanto en la génesis como en la modulación de la ansiedad (10). La evidencia sugiere que el TAG puede asociarse con una hipersensibilidad de los receptores 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C} y una “down regulation” de los receptores 5-HT_{1A} en la corteza prefrontal (11). Esto conlleva una disminución del control inhibitorio sobre el locus coeruleus, facilitando la activación adrenérgica (3). El tratamiento con agonistas parciales del receptor 5-HT_{1A}, como la Buspirona, favorece una “up regulation” presináptica y reduce la liberación de serotonina, normalizando la respuesta ansiosa (6). Asimismo, se han documentado niveles reducidos de serotonina en plasma y líquido cefalorraquídeo en pacientes con TAG. (12).

5.3.1.2. Disfunción dopaminérgica

Algunos estudios han observado una hiperactividad dopaminérgica secundaria a la disminución de la actividad serotoninérgica, especialmente en estructuras del sistema límbico, lo que podría explicar la comorbilidad del TAG con trastornos como el obsesivo-compulsivo (13).

5.3.1.3. Sistema endocrino

Es una activación crónica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS), con liberación sostenida de cortisol y una alteración del factor liberador de corticotropina (CRF). Además, la hipersensibilidad de los receptores de colecistoquinina (CCK) se ha vinculado con la aparición de crisis de pánico y síntomas ansiosos (14).

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

El TAG usualmente aparece durante la adolescencia tardía o en la adultez temprana, presentando su mayor prevalencia alrededor de los 30 — 40 años y disminuyendo desde entonces en adelante, aunque existen estudios que indican al TAG como el trastorno más frecuente en la población anciana (15). La razón mujer varón es de 2:1. A nivel mundial representa el 25% de las personas con trastornos de ansiedad y su prevalencia anual oscila entre el 3% y el 8%. Se ha encontrado que 1 de cada 4 personas que tienen parientes de primer grado con TAG está afectada también. Las amas de casa, los desempleados y aquellos con una enfermedad crónica son en quienes más se encuentra este trastorno. Además, las mujeres y hombres tienen diferentes patrones de comorbilidad. En los hombres la comorbilidad más probable son los trastornos por uso de sustancias, mientras que en las mujeres son otros trastornos de ansiedad y depresión unipolar (15).

En nuestro país, el INSM — HD-HN, reporta que los trastornos de ansiedad ocupan el tercer lugar en las atenciones más frecuentes; según el estudio de salud mental de Lima Metropolitana y Callao, la prevalencia de vida es del 3%, siendo mayor en mujeres (3.3%) que en hombres (2.6%). La prevalencia anual es de 0.7%, con 0.8% en mujeres y 0.6% en hombres(16).

Agregar que en los últimos años se ha hablado mucho sobre el incremento de los síntomas de ansiedad y la aparición de trastornos de ansiedad debido a la pandemia de la COVID-19; de esto se ha encontrado que: las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados, lo que incrementa su ansiedad, influye en su respuesta para tomar decisiones racionales y en su comportamiento (17).

En el Hospital Regional de Moquegua, los casos de ansiedad atendidos en el servicio de emergencias durante el año 2024 ocuparon el décimo lugar entre los motivos de consulta, lo que evidencia la relevancia de su adecuada atención.

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

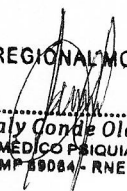
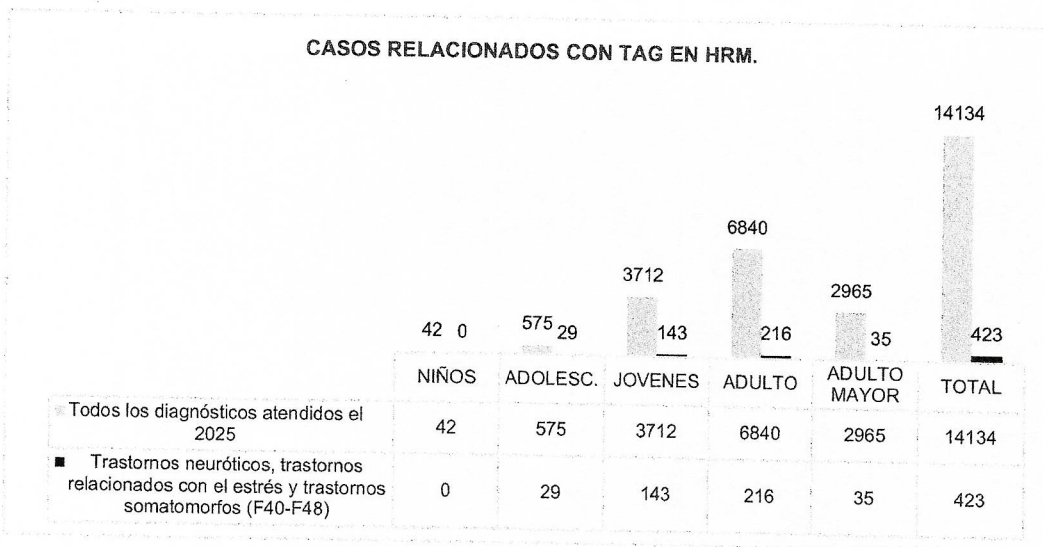

Magaly Conde Olabarrera
MÉDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 49084- R.N.E. 51641

Figura 1

Epidemiología en emergencias del Hospital Regional Moquegua 2024.



Nota. Gráfico de elaboración propia. Información otorgada por el área de Estadística e Informática del Hospital Regional de Moquegua, periodo 2024.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

5.5.1. Factores genéticos.

Como ya se vio en la parte de Epidemiología, las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar TAG, debido a factores hormonales (genéticamente determinados) además de expectativas culturales. Como se ve en las integraciones meta-analíticas de estudios en familiares y de gemelos que calcularon una OR de recurrencia de 6,1 y una heredabilidad genética del 31,6%, con los mismos genes predisponentes en todos los sexos, además de, una pequeña influencia del entorno familiar común en las mujeres y la variación restante debida a factores individuales o el entorno específico. En general, se ha encontrado que aproximadamente el 25% de parientes de primer grado con TAG, estarán afectados con éste (18).

Los principales genes asociados al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se relacionan con la regulación de neurotransmisores y la respuesta al estrés. Entre ellos destacan el SLC6A4, implicado en el transporte de serotonina; el HTR1A, que modula la función serotoninérgica; y el COMT, que regula los niveles de dopamina y noradrenalina en la corteza prefrontal (19). Asimismo, genes vinculados al eje del estrés, como CRHR1 y FKBP5, influyen en la reactividad al estrés y la vulnerabilidad a la ansiedad (20). Estas variaciones genéticas, junto con factores ambientales, aumentan la predisposición a desarrollar ansiedad generalizada.

5.5.2. Factores personales y de estilos de vida.

Hoy por hoy, el estilo de vida es uno de los más grandes condicionantes del estado de salud de las personas. Como es de esperarse, drogas como la nicotina, el alcohol, la marihuana y la cocaína incrementa el riesgo de TAG. Sin embargo, es imposible separar factores como el sedentarismo, la mala nutrición y el estrés, pues son factores casi ubicuos en las patologías físicas y mentales. En cuanto a su influencia específica en el TAG, tenemos lo siguiente:

- Estudios que han demostrado la eficacia del ejercicio físico regular y señalan un efecto significativo de este como tratamiento a la hora de reducir los niveles de ansiedad. Sin embargo, también hay que tener cuidado con la realización de ejercicios que requieran altos grados de concentración, ya que podrían aumentar la ansiedad. Un estudio demuestra que la intensidad óptima de la actividad física para producir beneficios en estos trastornos es aquella que se acerque al umbral ventilatorio, ya que, mayores intensidades podrían resultar ansiogénicos y empeorar la ansiedad en personas con problemas de ansiedad (21).
- La dieta y los hábitos dietéticos pueden asociarse a conductas ansiosas, el consumo de alimentos procesados, altos en azúcares y grasa saturadas, el exceso de cafeína y los déficits vitamínicos pueden crear estados tensionales y estrés físico y mental. Hay estudios que demuestran también una relación entre el déficit de los ácidos grasos esenciales y el déficit de ácido fólico con el estado de ánimo y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión (22).
- El estrés puede llegar incluso a ser un factor desencadenante del TAG, por ejemplo, en casos como: pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen.

Personas que están con problemas de salud como depresión mayor, distimia o en aquellos con molestias físicas inexplicadas como: síndrome del intestino irritable, migraña o dolor crónico tienen mayor riesgo de tener TAG

Es necesario resaltar que los síntomas del TAG pueden empeorar por el consumo de cafeína, nicotina, alcohol u otras drogas.

5.5.3. Factores ambientales

Entre los factores medioambientales que aumentan el riesgo de TAG están: el estrés prenatal, dinámicas familiares que no ayuden a aprender habilidades efectivas para enfrentar problemas, la sobreprotección, el abuso o la violencia en la infancia, el pertenecer a una población con nivel socioeconómico bajo, ser migrante y otras circunstancias que impliquen una necesidad de adaptarse a un

nuevo entorno, de cumplir expectativas culturales, que motivan sentimientos de inferioridad o conlleven a una pérdida de lazos familiares muy importantes. Estos factores impactarían no solo a nivel psicológico sino a nivel epigenético influyendo en la plasticidad neuronal (23).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas

Ya que el TAG es un estado ansioso persistente, la persona afectada experimentará síntomas casi a menudo. Estos, se pueden clasificar en:

Psicológicos: nerviosismo, impaciencia, hipervigilancia, preocupaciones excesivas, ansiedad anticipatoria, irritabilidad, inquietud, disminución de la atención y la concentración, despersonalización y desrealización.

Físicos: cefalea de patrón tensional, mialgias, mareos, tinnitus, espasmos musculares, parestesias, temblores, aumento de la sudoración, sequedad de boca, dificultad para deglutir, sensación de dificultad para respirar o respiración rápida, dolor de pecho, dolor epigástrico, taquicardia, palpitaciones, urgencia miccional o defecatoria, disfunción eréctil, amenorrea, disminución del umbral doloroso, entre otros.

Conductuales: sobresaltos, dermatotilomanía, tricotilomanía, onicofagia.

Del sueño: sueño fraccionado, insomnio tardío, despertar precoz, terrores nocturnos, mención de mala calidad de sueño.

Es necesario resaltar que los síntomas tienen que ser bien identificados y estudiados si es necesario, para descartar que se trate de otro tipo de problemas médicos. Esto se ampliará más adelante en diagnóstico diferencial.

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterio de diagnóstico

El diagnóstico de TAG es clínico y lo debe hacer un profesional capacitado, siendo el psiquiatra. Si bien se cuentan con dos clasificaciones con aceptación internacional que tienen criterios mínimos para realizar el diagnóstico, las cuales se comparten aquí, es necesario mencionar que el código que identifica el diagnóstico en trámites médicos y administrativos de nuestro país es el del CIE 10 (2).

6.2.1.1. Criterios de Diagnóstico (CIE 10)

Trastorno de Ansiedad Generalizado (F41.1)

A. Un período de al menos 6 meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no) en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.

B. Por lo menos 4 de una lista de 22 síntomas, y al menos un síntoma del 1 al 4:

Síntomas autónomos:

1. Palpitaciones o golpeteo del corazón o taquicardia.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sequedad de boca no debida a fármacos o deshidratación.
5. Síntomas toracoabdominales
6. Dificultad para respirar.
7. Sensación de ahogo.
8. Dolor o malestar en el pecho.
9. Náuseas o malestar abdominal.
10. Síntomas relacionados con el estado mental
11. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
12. Sensación de irrealidad (desrealización) o de sentirse fuera de la situación (despersonalización).
13. Sensación de ir a perder el conocimiento o el control, o de volverse loco.
14. Miedo a morir.
15. Síntomas generales
16. Oleadas de calor o escalofríos
17. Adormecimiento o sensación de hormigueo

Síntomas de tensión:

18. Tensión muscular o dolores y parestesias.
19. Inquietud y dificultad para relajarse.
20. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental.
21. Sensación de nudo en la garganta o de dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

22. Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
23. Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad.
24. Irritabilidad persistente.
25. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



Magaly Conde Olabarrera
MÉDICO PSIQUIATRA
CMP 89084 - RNE 51641

C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondríaco.

D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: el trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

6.2.1.2. Criterios de Diagnóstico (DSM 5)

Trastorno de Ansiedad Generalizado (300.02) (24)

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

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

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

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

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

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

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

6.2.2. Diagnóstico diferencial

Al igual que en muchos problemas que incumben a la Psiquiatría, es necesario diferenciar los trastornos mentales de los de causa orgánica (enfermedades neurológicas, endocrinológicas, metabólicas) y diferenciar entre los mismos trastornos mentales con síntomas comunes o similares, uno de otro. Además, es necesario considerar que, en los trastornos de ansiedad, incluyendo el TAG, existe una alta presencia de comorbilidad.

Por ello será importante que el clínico plantee diagnósticos diferenciales que lleven a una mayor precisión médica. A continuación, se describen las principales comorbilidades y los diagnósticos diferenciales:

Comorbilidad

A menudo el TAG se puede acompañar de otros trastornos de ansiedad como Trastorno de Pánico, Fobias, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Estrés Post Traumático, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Los pacientes con TAG suelen desarrollar un Trastorno de Depresión Mayor, por lo que conviene identificar y distinguir el trastorno.

Diagnóstico diferencial

Se lista las principales patologías que se deben tener en consideración por el especialista:

- Depresión Mayor
- Trastorno adaptativo
- Trastornos neurocognitivos en adultos mayores
- TDAH
- Intoxicación por drogas
- Intoxicación por fármacos


- Abstinencia de drogas
- Tirotoxicosis
- Hipoglucemia
- Feocromocitoma
- Lupus eritematoso sistémico
- Uremia
- Neoplasias malignas
- Infecciones
- Deficiencias vitamínicas
- Enfermedades cardiovasculares
- Anemia
- Epilepsia

El Psiquiatra que sospeche de una patología orgánica podrá solicitar las evaluaciones a los servicios de Medicina o Neurología, con los que cuenta el Hospital.



6.2.3. Exámenes auxiliares

Según criterio clínico del especialista, teniendo en cuenta los servicios de Medicina, Psicología y Neurología con los que cuenta el Hospital, se podrán solicitar los siguientes exámenes:



6.2.3.1. De laboratorio.

- Pruebas de función tiroidea
- Dosaje de vitamina B12
- Glicemia
- Metabolitos para drogas
- Exámenes de laboratorio completo (Hematología, Bioquímica, Inmunología, Microbiología)




6.2.3.2. De imágenes

- Ecocardiografía
- Resonancia Magnética Nuclear (RMN)
- Tomografía Cerebral Computarizada (TC)

6.2.3.3. De exámenes especializados complementarios

- Electroencefalograma (EEG)
- Electrocardiograma (ECG)

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA


Magaly Conde Olabarrera
MÉDICO PSIQUIATRA
CMP 09064 - RNE 51641



- Rayos X (Tórax)

6.2.3.4. Psicológicos

- Evaluación del pensamiento
- Evaluación de la personalidad
- Evaluación neuropsicológica

Además, si bien las escalas son instrumentos de medida que sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica, presentan limitaciones al detectar falsos positivos y negativos, dado que todos tienen una sensibilidad y especificidad inferior al 100%. En ningún caso éstas, sustituirán a la entrevista clínica, serán útiles para apoyar el juicio clínico y como herramientas esenciales en la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad, por lo que podrán ser parte de los exámenes auxiliares según disponga el psiquiatra:

- Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Anexo N ° 1)
- Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo N ° 2)

6.3. TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta que el tratamiento del TAG más efectivo es aquel que combina las estrategias psicoterapéutica y farmacológica, y cómo es la atención del paciente por Consulta Externa del HRM, se indica el siguiente orden:

6.3.1. Tratamiento farmacológico.

Si bien la literatura nos menciona que la prescripción farmacológica a pacientes con TAG es poco frecuente en la primera visita médica, hay que reconocer que muchos pacientes que llegan al HRM han sido referidos de sus respectivas jurisdicciones, por lo que la indicación farmacológica suele ser lo usual, más aún, considerando que la misma literatura sugiere que el manejo farmacológico del TAG es a largo plazo. La prescripción farmacológica debe tener en cuenta: la edad de la persona, la respuesta a tratamientos previos, la tolerabilidad del fármaco, la posibilidad de interacción con otros fármacos, la preferencia del paciente, el costo del fármaco, los riesgos de una posibilidad de sobredosis o ingestión accidental por otros miembros del hogar del paciente.

A continuación, se indican los principales fármacos a utilizar (Tabla 1 y 4) y su grado de recomendación o su nivel de evidencia correspondientes (Tabla 2, 3 y

Tabla 1

Fármacos Antidepresivos que se usan en el TAG disponibles en Perú.

Tipo de antidepresivo.	Dosis de inicio y dosis de aumento (mg/día).	Dosis óptima usual (mg/día) a.
ISRS		
Sertralina	25	100-200
Escitalopram	5 — 10	10 — 20
Fluoxetina	5-10	20 — 40
Fluvoxamina	25 — 50	100 — 200
Paroxetina	10	20 — 40
ISRSN		
Venlafaxina	37.5	150 — 225
Duloxetina	20 — 30	60 — 120
ADT		
Clomipramina	10 — 25	50 — 150

Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan.

Se pueden usar dosis mayores en caso los pacientes no respondan a las dosis terapéuticas usuales.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (ISRSN).

Antidepresivos Tricíclicos (ADT)

Tabla 2

Grado de Recomendación de intervenciones terapéuticas que se usan en el TAG.

Grado de Recomendación	Recomendación
V	Se recomienda que el diagnóstico de TAG se base en la entrevista clínica.
A	Se recomienda el uso de ISRS como tratamiento

	<p>farmacológico de elección para el TAG.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considere como primera opción a Sertralina. • De no ser efectiva, ofrezca otro ISRS o un ISRSN, teniendo en cuenta los factores particulares de cada persona. Si indica Venlafaxina debe tener en cuenta el riesgo de suicidio y la probabilidad de sobredosis tóxica.
B	<p>Se recomienda revisar la efectividad y los efectos secundarios de los antidepresivos cada 2 a 4 semanas durante los primeros 3 meses de tratamiento y cada 3 meses en adelante.</p> <p>En personas menores de 30 años se debe citar el primer control a la semana de prescribir el ISRS o el ISRSN por el riesgo de ideación suicida.</p>
B	<p>Se recomienda mantener el tratamiento con antidepresivos por lo menos 12 meses, debido al alto riesgo de recaídas.</p>
C	<p>Se recomienda considerar el uso de Pregabalina si la persona no puede tolerar el uso de ISRS o ISRSN. Considere, además, ofrecer combinaciones de antidepresivos o potenciar el antidepresivo con otro fármaco, pero tenga en cuenta los efectos adversos y las interacciones de los fármacos.</p>
B	<p>Durante el embarazo la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales para la madre debidas a los ISRS prescritos superan los posibles riesgos para el feto.</p>
A	<p>No se recomienda el uso de la valeriana o el magnesio como tratamiento de elección en personas con TAG.</p>
B	<p>Se recomienda la utilización a corto plazo de las BZD, no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera la respuesta del tratamiento con antidepresivos o TCC.</p>
B	<p>Se recomienda TCC como uno de los tratamientos de elección para el TAG por su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente.</p>

Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan (25).

Tabla 3

Nivel de Evidencia de Fármacos Antidepresivos que se usan en el TAG

1++, 1+	Los antidepresivos: Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Escitalopram y Clomipramina han demostrado ser eficaces en el TAG.
1++	Los antidepresivos con respecto al placebo presentan: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor probabilidad de respuesta al tratamiento a corto plazo. • Efectos secundarios más frecuentes, aunque no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la tasa de abandonos.
1++	La Paroxetina y la Clomipramina presentan una eficacia y tolerabilidad similar.
1++	No se han encontrado diferencias, en términos de abandonos, entre la Clomipramina, Sertralina y Paroxetina.
1++, 1+	La Sertralina y Fluoxetina son eficaces aumentando las tasas de respuesta y mejorando los síntomas frente a placebo.
1++	Los efectos adversos de los antidepresivos descritos incluyen sedación, mareos, náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, caídas y disfunción sexual, aunque la mayoría (salvo mareo y disfunción sexual) disminuyen a los 6 meses en los pacientes que continúan con la medicación.
3	La Food and Drug Administration (FDA) advierte sobre varias alertas en relación con la utilización de los ISRS y un riesgo aumentado de: autolesiones y suicidios, hiponatremia y de complicaciones cuando se toman durante el embarazo (malformaciones congénitas con paroxetina en las primeras fases del embarazo).
1++, 2+	Hay cierta evidencia de interferencia de los ISRS con los sistemas respiratorio y parasimpático en los neonatos cuando se toman en las últimas fases del embarazo, observándose un mayor riesgo de síntomas respiratorios y del sistema nervioso central. También pueden encontrarse hipoglucemias y problemas de adaptación neonatal. Si bien, todos estos resultados no son siempre debidos a la toxicidad o a la retirada de los ISRS.
1++	La interrupción brusca del tratamiento con ISRS se asocia con efectos adversos como mareo, cefalea, náuseas, vómito, diarrea, trastornos de movimiento, insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales, letargo, anorexia y estados de desánimo.
1++	A largo plazo, la Paroxetina, Fluoxetina y Sertralina son eficaces, con tasas de respuesta que siguen aumentando más allá de los 6 meses de tratamiento.
1+	La interrupción del tratamiento conlleva un riesgo de recaída del 20% al 40% entre 6 y 12 meses después de la interrupción de este.

Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan (25).

6.3.1.1. Consideraciones generales en la prescripción de antidepresivos:

Los antidepresivos son fármacos de primera línea, se deben iniciar con una dosis baja y se deben incrementar progresivamente hasta obtener la respuesta satisfactoria deseada.

Toda persona a quien se le prescriba un antidepresivo debe ser informado por su psiquiatra, desde el primer momento de la prescripción, de:

- La demora del efecto del fármaco; pues la mayoría de los antidepresivos toman al menos dos semanas en hacer un efecto notable.
- De sus potenciales efectos secundarios y adversos.
- Del riesgo de la aparición del síndrome de discontinuación ante la interrupción o el abandono abrupto del tratamiento, u ocasionalmente ante la reducción de la dosis. Y de la indicación de acudir en búsqueda de atención médica ante esto.
- De la no existencia de riesgo de adicción o síntomas de abstinencia con este tipo de fármacos.

El seguimiento debe incluir una segunda cita a la semana o dentro de los próximos 15 días, se debe monitorizar riesgo suicida en éste. Se recomienda un seguimiento mensual los primeros tres meses y trimestral posteriormente.

En caso de que aparecieran efectos adversos durante el inicio del tratamiento, se puede esperar y monitorizar con citas cercanas, reducir la dosis o cambiar la terapéutica.

Si la persona que está tomando el tratamiento ha demostrado mejora con éste, la medicación debe continuar por al menos 6 meses a 1 año después de haber alcanzado la dosis óptima. Luego de ese tiempo, la dosis podrá disminuirse.

Si la persona no tiene mejoría con el fármaco luego de 12 semanas, se debe considerar la utilización de otro fármaco, de la misma familia, con diferente mecanismo de acción u otro afronte terapéutico.

El fármaco más costo-efectivo es la Sertralina, la cual se encuentra distribuida en la mayoría de los establecimientos de salud del país.

Los principales efectos adversos de los Fármacos antidepresivos son:

- Somnolencia
- Nauseas
- Sequedad de la boca

- Insomnio.
- Diarrea
- Nerviosismo, agitación o inquietud
- Mareos
- Problemas sexuales, como disminución del deseo sexual, dificultad para llegar al orgasmo o incapacidad de mantener una erección (disfunción eréctil).
- Cefalea
- Visión borrosa

6.3.1.2. Consideraciones generales en la prescripción de otros fármacos:

A toda persona a quien se le prescriba un psicofármaco debe ser informado por su psiquiatra, desde el primer momento de la prescripción, del tiempo de acción y duración del efecto del fármaco, de sus potenciales efectos secundarios y adversos. Tanto con Benzodicepinas (BZD) como Gabapentinoides es necesario considerar los riesgos particulares de las personas que podrían llevarlos a desarrollar adicción.

Si bien en el primer o segundo nivel de atención se suele ofrecer benzodicepinas (BZD) como medida de corto plazo y para manejo de las crisis, la duración del uso de éstas deber ser valorado por el psiquiatra.

Los fármacos gabapentinoides se ofrecerán si la persona no tolerara el uso de los ISRS o los ISRSN.

Dentro del grupo de antipsicóticos de segunda generación, la Quetiapina ha demostrado ser más efectiva que el placebo y podría tener un efecto similar a un antidepresivo tratando el TAG, sin embargo, se considera una terapia de segunda o tercera línea, debido sobre todo a sus efectos adversos. Ensayos de pequeño tamaño muestral y abiertos sugieren que otros antipsicóticos atípicos: Olanzapina, Aripiprazol y Risperidona pueden tener algún beneficio como fármacos adyuvantes en el tratamiento del TAG refractario, aunque aún hace falta mayor evidencia.

La Mirtazapina, el Valproato de Sodio y el Bupropion de liberación lenta, podrían tener eficacia en TAG, hace falta aún mayor evidencia.

Tabla 4

Benzodicepinas (BZD) y otros fármacos que se usan en el TAG.

Tipo de fármaco	Dosis de inicio y dosis de aumento (mg/día)	Dosis óptima usual (mg/día)
-----------------	---	-----------------------------



Benzodiazepinas		
Alprazolam	0.75 - 1	2 - 4
Clonazepam	0.5 - 1	1 - 2
Lorazepam	15 - 2	4 - 8
Diazepam	3 - 5	5 - 10
Gabapentinoides		
Gabapentina	300 - 600	900 - 1800
Pregabalina	150 - 300	150 - 600
Antipsicóticos		
Quetiapina	15 - 200	200 - 400

Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan (25).

Tabla 5

Grado de Recomendación de benzodiazepinas (BZD) que se usan en el TAG.

B	Se recomienda la utilización a corto plazo de las BZD, no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera la respuesta del tratamiento con antidepresivos o Terapia Cognitivo Conductual (TCC).
B	Su uso durante un periodo más largo debe ser supervisado
B	Como BZD que utilizar se recomiendan Alprazolam, Lorazepam y Diazepam.
B	Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, y evitar el empleo durante el primer trimestre.
✓	En la prescripción de las BZD los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
✓	En la prescripción de las BZD, considerar: edad, tratamiento previo, tolerabilidad, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan (25).

Tabla 6

Grado de Recomendación de otros Fármacos que se usan en el TAG.

1+	Varios ECA concluyeron que Pregabalina como monoterapia tiene una buena eficacia en el tratamiento de diferentes síntomas de ansiedad. También como terapia complementaria de los antidepresivos, en el tratamiento de pacientes que tienen respuesta parcial o deficiente a los antidepresivos solos.
✓	La utilización de otros fármacos como la gabapentina, antipsicóticos atípicos y otros, bien por su poca experiencia en clínica o por su indicación para TAG refractarios, deberían ser pautados tras la valoración del paciente en atención especializada.
No recomendado	
B	No hay evidencia que justifique el empleo de betabloqueadores (propranolol) en el tratamiento del TAG.
B	La Carbamazepina no ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del TAG.

Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan (25).

6.3.1.3. TAG resistente al tratamiento:

Se define TAG resistente o refractario al tratamiento se define como el fracaso a al menos un ensayo de tratamiento adecuado antidepresivo (dosis y duración adecuadas). Si ocurriera esto, lo que se debe hacer es:

Primero se debe cambiar a otro tratamiento de primera línea, preferiblemente de otra categoría; por ejemplo: si no hay respuesta a los ISRS, entonces se podrá considerar un ISRSN.

Si fracasan los tratamientos de primera línea, se probarán tratamientos de segunda y tercera línea (gabapentinoides, antipsicóticos atípicos).

Si pese a estar con un tratamiento de segunda o tercera línea, los síntomas de ansiedad siguen siendo significativos, se pueden usar fármacos coadyuvantes (gabapentinoides, antipsicóticos atípicos).

6.3.1.4. Tratamiento no farmacológico

En la parte final de la consulta, una vez indicado el diagnóstico de TAG, el paciente deberá recibir psicoeducación, la cual consistirá en una explicación

de sus síntomas y de los factores que la modifican. Se sugiere usar la información y el orden en el que está en esta Guía para realizarla.

En la consulta externa, el psiquiatra procurará realizar intervenciones cognitivo-conductuales (técnicas de relajación, reconocimiento de pensamientos ansiógenos, entrenamiento en acciones para la resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño, entre otras). Asimismo, el psiquiatra estará atento a detectar o indagar sobre problemas laborales, académicos, familiares o personales que necesiten intervenciones especializadas (psicoterapia, asistencia social, nutrición), y le derivará a los servicios correspondientes.

Como parte de las indicaciones no farmacológicas, el psiquiatra indicará llevar una dieta saludable y realizar ejercicio.

Derivación a la Unidad de Hospital de Día en Salud mental y Adicciones.

Si el psiquiatra considera necesaria la indicación de Psicoterapia, se hará la derivación a UHD donde se realiza la intervención especializada.

6.3.1.5. Indicadores de hospitalización en la UHSMA

La indicación de hospitalización será a criterio del psiquiatra, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Alto riesgo de suicidio, auto o heteroagresividad
- Disfuncionalidad que compromete severamente al menos un área de la persona.
- Pérdida de la capacidad de autocuidado.
- Soporte social muy pobre (en decisión conjunta con Trabajo Social)
- Comorbilidad significativa
- Síntomas no mejoran pese a haber probado tres o más aproximaciones terapéuticas por el tiempo conveniente

6.4. CRITERIOS DE ALTA

- Remisión o disminución significativa de síntomas ansiosos: educción de la intensidad y frecuencia de síntomas fisiológicos (tensión, insomnio, palpitaciones) y cognitivos (preocupación excesiva, rumiación). El paciente muestra un nivel de ansiedad manejable con tratamiento ambulatorio.
- Ausencia de crisis agudas o conductas de riesgo: No presenta riesgo suicida, crisis de pánico severas, agitación psicomotora ni conductas autolesivas.

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



Magaly Cande Olabarrera
MÉDICO PSIQUIATRA
CMP 69064 - RNE 51641

- Estabilidad emocional y conductual: El paciente mantiene autocontrol, regulación emocional y capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria sin supervisión constante.
- Adherencia y comprensión del tratamiento: Reconoce su diagnóstico, la necesidad del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, y demuestra disposición a continuar el plan terapéutico.
- Ausencia de efectos adversos graves al tratamiento: Tolerancia adecuada al régimen farmacológico (p. ej., ISRS, ansiolíticos), sin efectos secundarios que requieran observación hospitalaria.

6.5. PRONÓSTICO

- Estabilidad farmacológica: Ajuste adecuado de medicación ansiolítica o antidepresiva, sin reacciones adversas importantes.
- Continuidad del plan psicoterapéutico: Participación activa en sesiones ambulatorias de terapia cognitivo-conductual o psicoeducación.
- Prevención de recaídas: Identificación de señales tempranas de ansiedad y aplicación de estrategias preventivas antes de la descompensación.

6.6. COMPLICACIONES

- Exacerbación de síntomas ansiosos: Incremento repentino de ansiedad, agitación o pensamientos catastróficos debido a estrés hospitalario, cambio de medicación o situaciones personales.
- Crisis de pánico o desregulación emocional aguda: Episodios de angustia intensa acompañados de síntomas somáticos (taquicardia, disnea, mareo) dentro del entorno hospitalario.
- Comorbilidad depresiva o ideación suicida: Durante la hospitalización, pueden emerger síntomas depresivos por pérdida de control, aislamiento o ajuste emocional.
- Dependencia a fármacos ansiolíticos: Uso prolongado o inadecuado de benzodiazepinas (p. ej., clonazepam, alprazolam), generando tolerancia o síntomas de abstinencia.
- Somatización persistente: Síntomas físicos (dolor, fatiga, palpitaciones) mantenidos por la ansiedad a pesar del tratamiento.
- Síndrome de despersonalización o desrealización: En algunos pacientes con TAG grave, pueden presentarse episodios de desconexión de la realidad o sensación de extrañeza.

6.7. CRITERIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Se atenderán casos referidos del primer y segundo nivel de atención que presenten TAG severo, con fracasos terapéuticos farmacológicos o con comorbilidades, como, por

ejemplo: trastornos severos de personalidad con alto grado de impulsividad y riesgo de autoagresión, depresión y alto riesgo suicida, con necesidad de manejo en ambiente controlado, presencia de síntomas psicóticos, entre otras características que no puedan ser resueltas en sus lugares de atención respectivos. Asimismo, se tendrá en cuenta la atención de poblaciones específicas: personas con consumo de drogas, embarazadas, adultos mayores, etc.

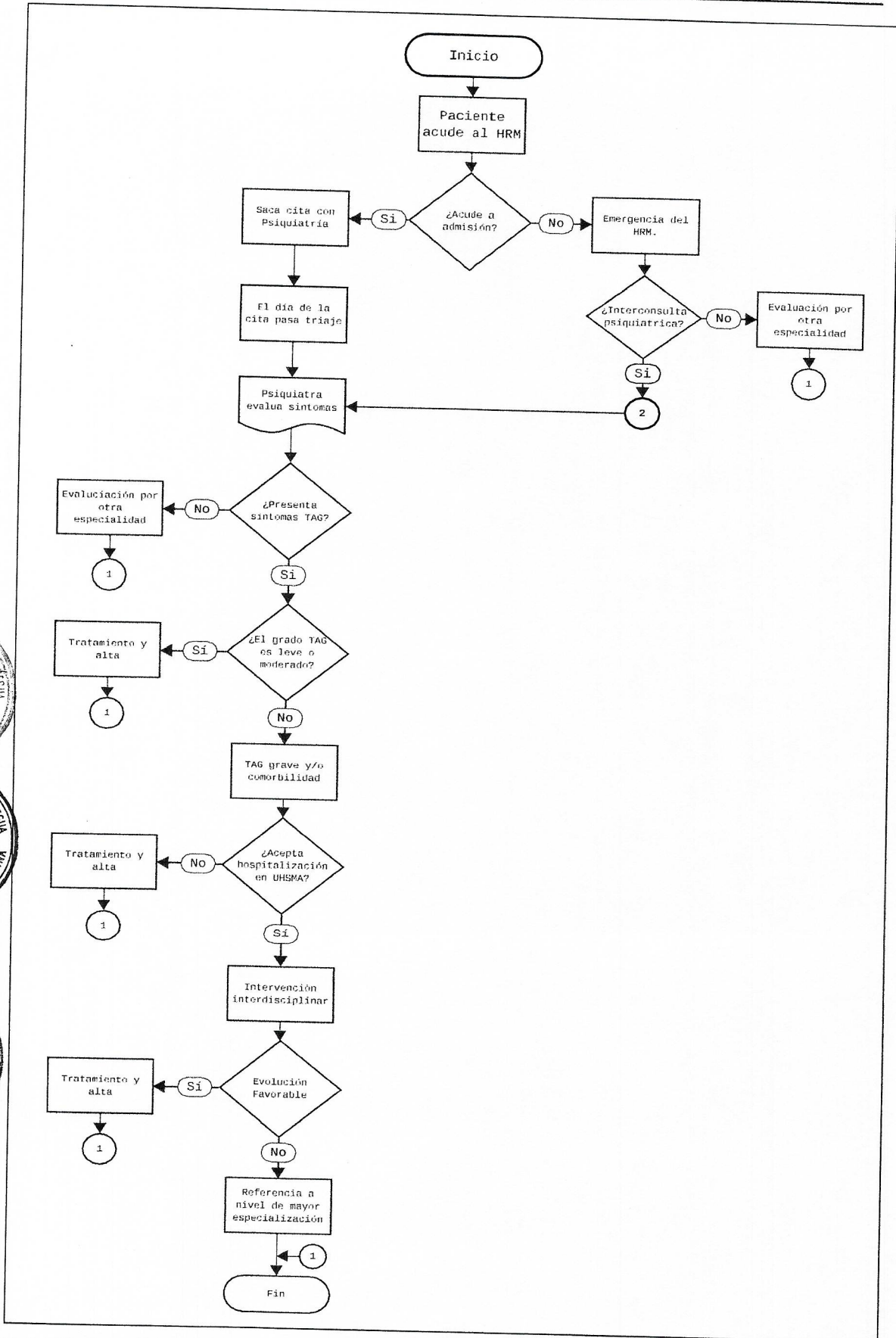
Se contrarreferirá en caso la persona haya alcanzado la estabilidad clínica y se encuentre en fase de mantenimiento.

6.8. FLUJOGRAMA

Figura 2

Flujograma de atención a pacientes con diagnóstico Trastorno de Ansiedad Generalizada en la UHSMA.





Nota. Elaboración propia

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



Magaly Conde Olabarrera
MÉDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 69064 - RNE 51641

7

VII. ANEXOS

Anexo N° 1

Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan (25).

Anexo N° 2

Escala de Hamilton para Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición Operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)					
2. Tensión (sensaciones de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensaciones de no poder quedarse en un lugar)					
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)					
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)					
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)					

6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas crónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)					
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)					
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)					
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)					
12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)					
14. Comportamiento durante la entrevista General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial. Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp/min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales.					
Puntos de corte recomendados: 0-5: no ansiedad; 6-14: Ansiedad leve; >=15: Ansiedad moderada/grave.					



Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan (25).

Anexo N ° 3

Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación (SIGN)

Niveles de Evidencia Científica	
1++	Metaanálisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.



5

1+	MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos
1-	MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de Recomendación	
A	Al menos un MA, RS o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
√*	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Nota. Adaptada de la GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ENTORNO ESPECIALIZADO (2023). Hospital Hermilio Valdizan (25).

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de Psicología de la APA [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://dictionary.apa.org/anxiety?_ga=2.200114798.1388236549.1668603216-581175404.1667400704&utm_source=chatgpt.com

2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Vol. 1. Ginebra: 10ª Revisión; 1992.
3. Stein MB, Sareen J. CLINICAL PRACTICE. Generalized Anxiety Disorder. N Engl J Med [Internet]. el 19 de noviembre de 2015 [citado el 10 de noviembre de 2025];373(21):2059–68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26580998>
4. Charney DS, Nestler EJ, Sklar P, Buxbaum JD, Edition P. The Neurobiology of Tic Disorders and Obsessive- Compulsive Disorder: Animal and Human Studies Charney & Nestler ' s Neurobiology of Mental Illness (5 ed .) The Neurobiology of Tic Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder: Animal and Human Studies . 2017 [citado el 10 de noviembre de 2025];1–25. Disponible en: https://www.biblio.com/book/charney-nestlers-neurobiology-mental-illness-charney/d/1446332863?utm_source=chatgpt.com
5. Bremner JDouglas. Posttraumatic stress disorder : from neurobiology to treatment. 2019;
6. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. Stahl's Essential Psychopharmacology [Internet]. el 29 de julio de 2021 [citado el 10 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/books/stahls-essential-psychopharmacology/1231F597AE3471AE53B1CC9AFDA34B32>
7. Nutt DJ, Malizia AL. New insights into the role of the GABA(A)-benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. Br J Psychiatry [Internet]. 2001 [citado el 10 de noviembre de 2025];179(NOV.):390–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11689393/>
8. Möhler H. The GABA system in anxiety and depression and its therapeutic potential. Neuropharmacology [Internet]. el 1 de enero de 2012 [citado el 10 de noviembre de 2025];62(1):42–53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002839081100373X?via%3Dihub>
9. Stein DJ, Scott KM, Jonge P de, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2017 [citado el 10 de noviembre de 2025];19(2):127–36. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>
10. Guilherme Graeff F, Zangrossi Jr. H. The Dual Role of Serotonin in Defense and the Mode of Action of Antidepressants on Generalized Anxiety and Panic Disorders. Cent Nerv Syst Agents Med Chem [Internet]. el 14 de noviembre de 2012 [citado el 10 de noviembre de 2025];10(3):207–17. Disponible en: <https://www.benthamdirect.com/content/journals/cnsamc/10.2174/1871524911006030207>
11. Xiang M, Jiang Y, Hu Z, Yang Y, Du X, Botchway BO, et al. Serotonin receptors 2A and 1A modulate anxiety-like behavior in post-traumatic stress disorder mice. Am J Transl Res

- [Internet]. 2019 [citado el 10 de noviembre de 2025];11(4):2288. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6511758/>
12. Maron E, Nutt D. Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2017 [citado el 10 de noviembre de 2025];19(2):147. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5573559/>
 13. Bandelow B, Baldwin D, Abelli M, Altamura C, Dell'Osso B, Domschke K, et al. Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD - a consensus statement. Part I: Neuroimaging and genetics. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. el 3 de julio de 2016 [citado el 11 de noviembre de 2025];17(5):321–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27403679/>
 14. Grillon C, Ernst M. A way forward for anxiolytic drug development: Testing candidate anxiolytics with anxiety-potentiated startle in healthy humans. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. el 1 de diciembre de 2020 [citado el 11 de noviembre de 2025];119:348. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7736469/>
 15. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry* [Internet]. el 1 de mayo de 2017 [citado el 11 de noviembre de 2025];74(5):465–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28297020/>
 16. Castillo JES, Schaeffer VP, Murga HV, Arana YR, Rodríguez RP, Farfán SG, et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012: Publicado: 14 de enero de 2014. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2013 [citado el 11 de noviembre de 2025];29(Suplemento 1):□ginas: 1-397. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7>
 17. Mejía-Zambrano H, Ramos-Calsín L. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. el 21 de marzo de 2022 [citado el 11 de noviembre de 2025];85(1):72–82. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4157/4826>
 18. Gottschalk MG, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2025];19(2):159. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5573560/>
 19. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 [citado el 11 de noviembre de 2025];158(10):1568–78. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.158.10.1568?download=true>

20. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. Nat Rev Dis Primers [Internet]. el 4 de mayo de 2017 [citado el 11 de noviembre de 2025];3(1):1–19. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp201724>
21. Aylett E, Small N, Bower P. Exercise in the treatment of clinical anxiety in general practice - a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. el 16 de julio de 2018 [citado el 11 de noviembre de 2025];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30012142/>
22. Bjelland I, Tell GS, Vollset SE, Refsum H, Ueland PM. Folate, Vitamin B12, Homocysteine, and the MTHFR 677C→T Polymorphism in Anxiety and Depression: The Hordaland Homocysteine Study. Arch Gen Psychiatry [Internet]. el 1 de junio de 2003 [citado el 11 de noviembre de 2025];60(6):618–26. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/207557>
23. Rapee RM. Family factors in the development and management of anxiety disorders. Clin Child Fam Psychol Rev [Internet]. marzo de 2012 [citado el 11 de noviembre de 2025];15(1):69–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22116624/>
24. Kessler RC, Wai TC, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. junio de 2005;62(6):617–27.
25. Hospital Hermilio Valdizán. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica de Manejo del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Entorno Especializado. Lima; 2023.

