

GUÍA CLÍNICA

Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad



ÍNDICE

Introducción	2
Definición	2
Epidemiología	5
Anatomía Patológica	7
Fisiopatología	8
Etiología	10
Cuadro Clínico	11
Clasificación	12
Historia Natural de la Enfermedad	13
Diagnóstico	15
Diagnóstico Diferencial	17
Comorbilidad	18
Manejo Integral	20
Pronóstico	35
Niveles de Atención en Salud Mental Infantil y de la Adolescencia	36
Bibliografía	39

AUTORES

Ana Luisa Martínez Ortiz

Medica especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Maestra en Terapia Sexual. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Camilo Enrique Fernández Aguirre

Medico Especialista en Medicina de Rehabilitación. Maestro en Sistemas de Salud. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Irma Gabriela Navarro Machuca

Psiquiatra y Psiquiatra de niños y adolescentes Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente.

María Otilia Marcela Martínez Martínez

Psiquiatra y Psiquiatra de niños y adolescentes Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Chihuahua

SECRETARÍA DE SALUD, MÉXICO

INTRODUCCIÓN

En la presente guía se presentan recomendaciones generales dirigidas al especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia, así como para el personal médico adscrito al primer y segundo nivel de atención en salud mental infantil, organizadas como lineamientos prácticos para el diagnóstico y el manejo de pacientes con trastornos de conducta.

Estos lineamientos preparan al psiquiatra infantil y de la adolescencia para iniciar la evaluación diagnóstica, le apoyan en la toma de decisiones para el manejo adecuado de las variantes de los trastornos de ansiedad, y en sus repercusiones sociales, familiares y escolares entre otras.

La Guía debe manejarse con flexibilidad, por lo que no exige el rigor de las normas médicas. Se pretende que las recomendaciones contenidas sean en todo caso, lineamientos generales para orientar al personal de la salud que trabaja en la atención en psiquiatra infantil y de la adolescencia en la toma de decisiones con respecto al diagnóstico y tratamiento de estos trastornos.

La evidencia se seleccionó con base en los consensos publicados, en las revisiones sistemáticas pertinentes Medline, medscape, Cochrane, Health Sciences, Imbiomed de la literatura de investigación reciente.

DEFINICIÓN

Hay muchas definiciones de la ansiedad, pero una que es útil es la aprensión o el temor excesivo sobre circunstancias reales o imaginarias. La característica más importante de la ansiedad es la preocupación, que es la inquietud excesiva sobre situaciones con resultados inciertos. La preocupación excesiva es improductiva porque puede interferir con la habilidad de tomar acción para resolver un problema. Los síntomas de la ansiedad pueden reflejarse en el pensamiento, comportamiento, o reacciones físicas.

La ansiedad es parte del patrón normal de desarrollo que se exhibe de manera diferente a medida que los niños crecen. Todos experimentamos ansiedad en algún momento y la mayor parte de las veces, podemos enfrentarla de manera positiva. Algunas personas se sienten ansiosas sobre asuntos específicos, como

hablar en público, pero son capaces de rendir bien en otras actividades, como en interacciones sociales. Otras personas pueden tener niveles tan altos de ansiedad que su habilidad general de funcionar se ve afectada.

Infancia y edad preescolar. Típicamente, la ansiedad se presenta primero de los siete a los nueve meses de edad, cuando los bebés demuestran ansiedad frente a extraños y se enfadan en la presencia de personas desconocidas.

Edad escolar. En los niveles preescolares y de niñez temprana, los niños tienden a estar limitados en cuanto a su habilidad de anticipar sucesos futuros, pero a la mitad de la niñez y la adolescencia estas destrezas de razonamiento están generalmente desarrolladas. Hay la tendencia a un cambio gradual de temores globales, no diferenciados y que se exteriorizan, a preocupaciones más abstractas e internas. Hasta los ocho años de edad, los niños tienden a sentirse ansiosos sobre sucesos específicos, identificables, como animales, la oscuridad, personajes imaginarios (monstruos bajo su cama), y de niños más grandes y de adultos. Los niños pequeños pueden temer a personas que los niños mayores consideran entretenidas, como los payasos y Papá Noel.

Después de los ocho años de edad aproximadamente, los sucesos que causan ansiedad se convierten en más abstractos y menos específicos, como las preocupaciones sobre las notas, reacciones de los compañeros, acostumbrarse a una nueva escuela y tener amigos. Los adolescentes también se pueden preocupar más sobre temas sexuales, religiosos y morales, y cómo se comparan con otros y si encajan con sus compañeros. Algunas veces, estas preocupaciones pueden llevar la ansiedad a niveles altos.

Cuando la ansiedad se torna excesiva, yendo más allá de lo esperado en determinadas circunstancias y del nivel de desarrollo del niño o niña, entonces pueden surgir problemas en el funcionamiento social, personal y académico, resultando en un trastorno de ansiedad. Los signos de los trastornos de ansiedad son similares en niños y adultos, a pesar de que los niños pueden mostrar más signos de irritabilidad y falta de atención.¹

En esta guía se describen solamente los principales trastornos de ansiedad, en el contexto de la atención a niños y adolescentes. La tabla 1 presenta un

comparativo de la clasificación de los trastornos de ansiedad tomando como base la codificación de la CIE-10 y el DSM-IV-TR. Organización Mundial de la Salud.^{2,3}

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de Ansiedad

CIE-10	DSM-IVTR	Definiciones
F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)	Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)	Se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)	Se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
F40.2	Fobia específica (300.29)	Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
F40.1	Fobia social (300.23)	Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
F42.8	Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)	Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
F43.1	Trastorno por estrés postraumático (309.81)	Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
F43.0	Trastorno por estrés agudo (308.3)	Se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)	Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a (indicar enfermedad médica) (293.84)	Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
F1x.8	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado (300.00)	Se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

Fuente: DSM-IV-TR y CIE-10.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIF

En la CIF, el funcionamiento del individuo con trastornos de ansiedad se entiende como una relación compleja en interacción entre la condición de salud y los factores contextuales, determinando la condición de discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo. A continuación se mencionan los principales códigos de clasificación en base a los signos y síntomas que con mayor frecuencia se presentan en ésta enfermedad ^(3 CIF)

Tabla 2. Códigos más frecuentes de CIF en trastornos de ansiedad

B (Body)	Funciones corporales. Alteración en las funciones mentales b. 147 Funciones psicomotoras b. 156 Funciones de la percepción b. 160 Funciones del pensamiento b. 189 Funciones mentales específicas, otras especificadas y no especificadas b. 789 Funciones relacionadas con el movimiento, otras especificadas y no especificadas
S (Structures)	Estructuras corporales s. 110 Estructuras del cerebro
D (Domains)	Actividades y participación. Califica desempeño/ realización y capacidades. d. 298 Tareas y demandas generales especificadas y otras no especificadas d. 369. Alteración en las habilidades de comunicación, conversación y utilización de técnicas o dispositivos especificados y otros no especificados d. 410. Problemas en la movilidad. Cambiar las posturas corporales básicas d. 640. Vida doméstica, quehaceres de la casa d. 798. Interacciones y relaciones interpersonales especificadas inadecuadas d. 920. Vida personal y social. Participar en juegos, actividades recreativas o de ocio d. 998 Participar en la vida comunitaria social y cívica especificada
E (Environment)	Factores ambientales. e. 465 Problemas con las normas y actitudes sociales e. 1101 Medicamentos. Integración al tratamiento farmacológico.

Clasificación del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. OMS, 2001.

EPIDEMIOLOGÍA.

Diversos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad afectan al 10% de los niños. Se manifiestan de diversas formas incluyendo fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, crisis de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y estrés post-traumático, y la comorbilidad con depresión y otras patologías puede alcanzar niveles hasta del 60%.

Se menciona que es el trastorno más común en trastornos psiquiátricos, ocurriendo en un 5-18% de todos los niños y adolescentes.⁴

Anderson y cols. reportan prevalencias en población general de 3.5% para trastorno de ansiedad por separación, 2.9% para trastorno de ansiedad generalizada, 2.4% para fobia simple y 1.0% para fobia social.⁵ Bowen y cols reportaron una prevalencia de 3.6% de trastorno por ansiedad de separación y un 2.4% de trastorno de ansiedad generalizada (tag), en una muestra de 12 a 16 años.⁶

En una muestra de sujetos de 14 a 17 años de edad (N=5,596), la prevalencia de trastorno de pánico fue de 0.6% y para TAG fue de 3.7%.⁷ Una muestra de atención pediátrica primaria de 7 a 11 años (N=300) reveló prevalencia a 1 año de trastornos de ansiedad de 15.4% basada en combinaciones diagnósticas de entrevistas psiquiátricas estructuradas para padres y niños. Fobia simple, trastorno de ansiedad por separación, y trastorno de ansiedad generalizada, fueron los más prevalentes, con índices de 9.2%, 4.1%. y 4.6%, respectivamente.⁸

La edad de inicio promedio se encuentra en 7.5 años para el trastorno de ansiedad de separación, reportándose siempre menor, en comparación con la edad de presentación) para otros trastornos de ansiedad en niños que alcanza los 10.3 años. La proporción en género para cada trastorno de ansiedad fue relativamente igual en unos estudios y otros revelan que las niñas experimentan más ansiedad que los niños. Con respecto a los adolescentes, el trastorno de pánico presenta un rango de edad de inicio entre 15 a 19 años, para la fobia social, ocurre en la adolescencia temprana y media, presentando cifras similares entre ambos sexos.⁹

Caraveo y Anduaga estudiando a la población de la ciudad de México, encontraron que un 48.6% resultó asintomática para algún trastorno mental y una prevalencia de 4.46% de problemas internalizados, entre ellos síndromes de ansiedad generalizada y ansiedad con inhibición. Los resultados aportados por el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, que incluye datos de la población adulta de la Ciudad de México, han encontrado que los trastornos de ansiedad con inicio temprano en la vida preceden el uso, el abuso y la dependencia a sustancias, lo que subraya la necesidad de identificar tempranamente problemas que con el tiempo conducen a otras patologías.¹⁰

Medina Mora y cols encontraron en la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica, que de los trastornos mentales, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad. En la población total, dentro de estos trastornos, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), y la fobia social (4.7%). Al analizar los trastornos específicos por sexo los principales trastornos para las mujeres fueron: las fobias (específicas y sociales).¹¹

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de presentación de los trastornos de ansiedad los últimos cinco años en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.¹²

Tabla 3. Frecuencia de Trastornos de Ansiedad

Trastorno	Frecuencia	Porcentaje
F41	904	4.67%
F41.0	84	0.43
F41.1	357	1.84
F41.2	372	1.92
F41.3	8	0.04
F41.8	22	0.11
F41.9	61	0.31

Fuente: Estadísticas Div. Epidemiología HPIJNN, 2003-2007

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El locus coeruleus y los núcleos del rafe proyectan hacia el sistema límbico y la corteza cerebral. Junto con los datos de los estudios de imagen cerebral, estas áreas se han convertido en el foco generador de hipótesis sobre los sustratos neuroanatómicos de los trastornos de ansiedad.¹³

En un abordaje diseñado para medir la sustancia gris en niños con trastorno de ansiedad, utilizando un análisis antropométrico automatizado, que permite determinar cambios estructurales a través del cerebro, se encontraron reducciones en el volumen de la sustancia gris en la amígdala izquierda, comparada contra sujetos que no padecen de ansiedad.¹⁴

FISIOPATOLOGÍA

Se han encontrado diversas estructuras implicadas, una de ellas es la vía septohipocámpica, que al incrementar su actividad puede provocar ansiedad, otra estructura involucrada es el giro cingulado, relacionado particularmente con la fisiopatología del Trastorno obsesivo compulsivo.¹⁵

Diversos autores han demostrado el papel central que desempeña la amígdala en la mediación de las reacciones de miedo. Se piensa que la amígdala es la responsable de la detección de amenazas potenciales para el organismo y de la movilización para la detección de diversas respuestas de tipo defensivo.¹⁶

Diversos estudios han encontrado alteraciones tanto en la estructura como en la función de la amígdala en población pediátrica con trastornos de ansiedad. El núcleo del lecho de la estría terminal, que es una estructura estrechamente relacionada con la amígdala y parte del sistema septohipocámpico, ejerce un efecto modulador en el reflejo de activación.¹⁷

La corteza cerebral frontal está conectada con la región parahipocámpica del giro cingulado y el hipotálamo y por consiguiente puede estar relacionado con el desarrollo de trastornos de ansiedad. La corteza temporal también se ha identificado como centro fisiopatológico de los trastornos de ansiedad, esta asociación se basa en parte, en la similitud de la presentación clínica y electrofisiológica de algunos pacientes con epilepsia de lóbulo temporal y pacientes con trastornos obsesivo compulsivos.¹⁸

Los tres neurotransmisores mayormente asociados con ansiedad en base a estudios en animales y respuestas fármacos son la noradrenalina (NA), serotonina (5-HT), y el ácido gaba-aminobutírico (GABA).

Noradrenalina. Las vías noradrenérgicas (locus coeruleus-sistema simpático adrenérgico) se han asociado desde hace tiempo con el miedo y la activación, y desempeñan un papel importante en la respuesta fisiológica ante la amenaza, sin embargo no está claro su papel en los estados de ansiedad persistente.

Los niveles de catecolaminas en reposo en enfermos que presentan trastornos de ansiedad generalizada parecen ser normales. Por otra parte, los pacientes que sufren este trastorno muestran respuestas por debajo de la normalidad a la

estimulación y al bloqueo de receptores alfa2-adrenérgicos. Estudios en humanos han encontrado que, en pacientes con trastorno de pánico, los agonistas beta-adrenérgicos, y antagonistas alfa2-adrenérgicos pueden provocar frecuentes y severos ataques de pánico.¹⁹

Serotonina. Los cuerpos celulares de la mayoría de neuronas serotoninérgicas están localizados en el núcleo del rafé en la cara rostral del cerebro medio y con proyecciones a la corteza cerebral, al sistema límbico (especialmente la amígdala y el hipocampo) y al hipotálamo.

La identificación de muchos tipos de receptores de serotonina ha estimulado el estudio del rol de este neurotransmisor en la patogenia de los trastornos de ansiedad.²⁰

GABA. El rol del GABA en los trastornos de ansiedad está más fuertemente sustentado por la eficacia indiscutible de las benzodiacepinas, las cuales incrementan el GABA en el receptor GABA-A, para, de este modo, aumentar los efectos inhibitorios normales de la neurotransmisión GABA, en el tratamiento de estos trastornos. La activación del complejo receptor central GABA-benzodiacepina también suprime la actividad del eje HHS y, consiguientemente, los niveles de cortisol.²¹ Además de las benzodiacepinas, la relativa deficiencia de la neurotransmisión GABA puede incrementarse por agentes como los esteroides neuroactivos, barbitúricos y varios antiepilépticos, los cuales muestran evidencias de poseer propiedades ansiolíticas.^{22,23}

Estudios en primates han encontrado que los síntomas del sistema nervioso autónomo de los trastornos de ansiedad son inducidos administrando un agonista inverso benzodiacepínico. Por otra parte un antagonista de las benzodiacepinas (flumazenil), causa frecuentemente ataques de pánico severos en pacientes con trastorno de angustia. Estos datos han permitido suponer que algunos pacientes con trastornos de ansiedad tienen un funcionamiento anormal de sus receptores GABA-A.²⁴

En tanto, el hecho de que neurocircuitos adicionales juegan un rol de diferenciación en los trastornos de ansiedad específicos, se encuentra como tema de estudio en la investigación. Una revisión de la literatura sugiere que en la fobia

social, circuitos estriatales mediados dopaminérgicamente, pueden ser también importantes, mientras en el TAG existan anormalidades en áreas prefrontales.²⁵

En concordancia con estos datos neurobioquímicos, las medidas somáticas del funcionamiento del sistema nervioso vegetativo (p.ej., conductancia dérmica, frecuencia respiratoria, variabilidad en la frecuencia cardiaca, presión arterial) en pacientes con TAG tienden a mostrar valores normales en reposo con respuestas aplanadas y en ocasiones prolongadas a estímulos estresantes. Estos resultados pueden indicar una capacidad de respuesta disminuida del sistema nervioso vegetativo en individuos que sufren este trastorno.

ETIOLOGÍA

Factores Genéticos

Estudios genéticos han producido datos sólidos de que al menos algunos componentes genéticos contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Casi la mitad de todos los pacientes con trastorno de angustia tienen al menos un familiar afectado. Aunque las cifras en otros trastornos de ansiedad no son tan elevadas, indican una mayor frecuencia de enfermedad en familiares de primer grado de pacientes afectados que en los familiares de personas no afectadas. Aunque estudios de adopción con trastornos de ansiedad no han sido reportados, datos de registros en gemelos también sustentan la hipótesis de que los trastornos de ansiedad son al menos parcialmente determinados genéticamente. Esto aclara que existe una liga entre los trastornos de ansiedad y la genética, pero que los trastornos de ansiedad no son consecuencia del resultado de una simple anomalía mendeliana. Un reciente estudio ha atribuido cerca de un 4% de la variabilidad intrínseca de ansiedad en la población general a una variante polimórfica del gen transportador de serotonina, y personas con esta variante producen menos transportador y tienen mayores niveles de ansiedad.²⁶

Mecanismos Psicosociales

Datos de estudios realizados en gemelos sugieren que al menos el 70% de la varianza en la tendencia a padecer trastorno de ansiedad generalizada es

atribuible a factores ambientales, entre los que destacan acontecimientos vitales estresantes como muerte prematura de los padres y abuso sexual, disfunción familiar, sobreprotección y estilos de crianza críticos que limitan el desarrollo de la autonomía en niños vulnerables.²⁷

CUADRO CLÍNICO

La ansiedad habitualmente tiene dos componentes:

A. Las manifestaciones somáticas:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
10. Escalofríos o sofocaciones

B. Los síntomas cognoscitivo-conductuales y los afectivos

11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
12. Miedo a perder el control o volverse loco
13. Sensación de muerte inminente
14. Intranquilidad
15. inquietud
16. Ideas catastróficas
16. Deseo de huir

CLASIFICACIÓN

Los trastornos de ansiedad más que por su afectación se clasifican en relación al objeto o situación que las genera, lo cual se puede considerar en el apartado de clasificación según los criterios diagnósticos, vale la pena mencionar a la fobia social que le puede clasificar en cuanto al grado de afectación o deterioro de la siguiente manera.²⁸

a) No generalizada: Es predecible, con síntomas ocasionales, limitados a una o pocas situaciones públicas por ejemplo hablar en público, lo cual causa un deterioro menor.

b) Generalizada: Se presenta en todas o la mayoría de las situaciones sociales o de interacción, producen ansiedad y se establece un deterioro relacionado grave. En relación a las fobias Pueden especificarse para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica (p. ej., fobia específica, tipo animal).

Subtipos

Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

En Psiquiatría podemos referirnos de momento al nivel sindrómico que se equipara con el término de trastorno, aunque en este se incluye no solo la manifestación clínica con el síndrome sino también la historia natural del proceso. La historia natural del proceso corresponde con una modalidad de diagnóstico longitudinal. Dicho diagnóstico supera los inconvenientes del diagnóstico transversal, pero es también más costoso de hacer y puede plantear problemas, por ejemplo, a la hora de definir trastornos que pueden evolucionar siguiendo cursos diferentes en función de factores ajenos a la propia enfermedad.²⁹

Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés.³⁰

La ansiedad afecta de manera crónica, los procesos del pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y espacio sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Se dificulta la concentración y la memoria, se altera la capacidad de relacionar unas cosas con otras. Se tiende a malinterpretar síntomas leves o funciones normales del cuerpo de manera catastrófica.

Basados en datos farmacológicos y neuroanatómicos, Davis en 1998, desarrollo una categorización de las conductas relacionadas con los miedos y a estas con el desarrollo de la sintomatología de la ansiedad. Los miedos aprendidos son modelados clásicamente dentro de un modelo de condicionamiento a claves

específicas, representando solamente una familia de constructos conductuales. Dichos miedos se adquieren a través de una serie de experiencias con claves abruptas y relativamente temporales como una luz o un sonido presentes por un breve periodo de tiempo, dichas claves se convertirán en estímulos aversivos, posiblemente existentes desde los periodos prenatales.

La segunda categoría de conductas relacionadas con los miedos son denominadas por Davies como ansiedad, que corresponde a la reminiscencia de las sensopercepciones y respuestas fisiológicas derivadas de dichos miedos. En contraste con los miedos aprendidos, la ansiedad se genera de manera innata relacionada a la presencia de estímulos que son identificados como peligrosos, lo que pudiera estar impreso en el código genético.³¹

Trayectoria en el sentido de origen del síntoma y factores de riesgo:

Los trastornos de ansiedad al igual que la mayoría de las alteraciones psiquiátricas representan condiciones complejas. Esto significa que las alteraciones resultan de interacciones entre múltiples factores de riesgo y predisposiciones subyacentes. Aunque no existe a la fecha un modelo fisiopatológico comprensivo, existen tres conclusiones que soportan los orígenes de la ansiedad, que incluyen **a)** Los trastornos de ansiedad se desarrollan en presencia de una vulnerabilidad preclínica subyacente, **b)** Los trastornos de ansiedad se consideran condiciones del desarrollo y **c)** Los factores ambientales ejercen un efecto directo en la presencia de los síntomas de la ansiedad.³²

Figura 1.

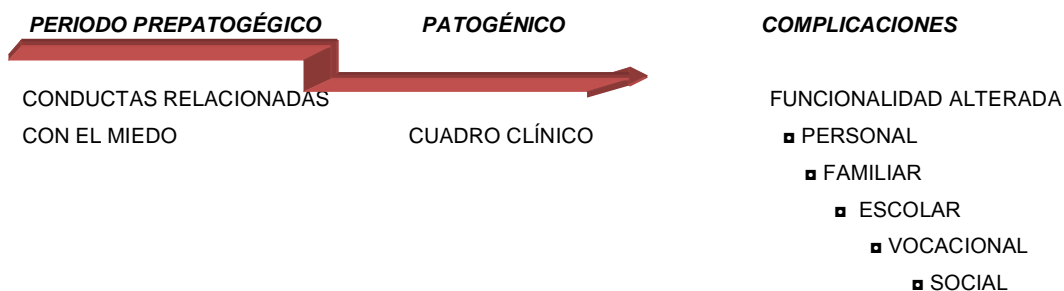


Tabla 4. Niveles de Prevención

PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
<ul style="list-style-type: none">• Educación para la salud del embarazo y la familia• Fomento de vínculos afectivos seguros• Identificación de factores de riesgo• Asistencia regular a servicios de salud comunitarios	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación clínica de casos• Diagnostico oportuno• Tratamiento específico• Enfoque interdisciplinario• Manejo de comorbilidad• Identificación de redes de apoyo funcionales	<ul style="list-style-type: none">• Apego terapéutico• Fomento de información publico en general• Campañas de detección de casos• Información y educación a los profesionales de niveles de atención

Diseñado para esta guía: Dra. Ana luisa Martinez Ortiz y Dr. Camilo E. Fernandez Aguirre.

DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos deben ser siempre definidos operativamente con información suficiente para que sean fiables, basándose en la historia clínica, de tal forma que como criterios diagnósticos operativos pueden usarse:

a. Los datos psicopatológicos es decir, los que describen el estado clínico del trastorno. En el caso de la ansiedad existe el inconveniente de que la mayoría de los síntomas ansiosos son muy obícuos es decir, aparecen en trastornos muy diferentes, con lo cual si nos guiamos sólo por ese diagnóstico transversal vamos a encontrar un gran solapamiento de trastornos. A pesar de ello siguen siendo los criterios más frecuentemente utilizados y a los que suele darse mayor importancia.

b. Otros muy poco utilizados en las clasificaciones actuales son:

- Curso y pronóstico
- Antecedentes personales
- Personalidad premórbida
- Antecedentes familiares
- Respuesta terapéutica
- Marcadores biológicos

El diagnóstico se basa en los componentes del cuadro clínico, adicionalmente se acostumbra la práctica de instrumentos de diagnóstico como el Inventario de miedos para niños y adolescentes, o el autoreporte de ansiedad para adolescentes. También resulta de utilidad la práctica de algunos estudios de

imagen y función de Sistema Nervioso Central como los que a continuación se describen.

Imagen por Resonancia Magnética

Una variedad de estudios de imagen cerebral, casi siempre dirigidos hacia un trastorno de ansiedad específico, han producido muchas posibilidades para permitir el entendimiento de los trastornos de ansiedad. Estudios estructurales como Tomografía Computarizada (TC) e Imágenes de Resonancia Magnética (IRM), ocasionalmente muestran algún incremento en el tamaño de los ventrículos cerebrales. Diversos estudios de neuroimagen han reportado hallazgos anormales en el hemisferio derecho, mas no en el izquierdo, y sugieren que algún tipo de asimetría cerebral puede ser importante en el desarrollo de los síntomas de los trastornos de ansiedad en pacientes específicos.³³

Hallazgos anatómicos de IRM de diversos estudios muestran anormalidades en regiones orbito-frontales y en ganglios basales en TOC, reducciones anormales del lóbulo temporal en trastorno de angustia, y reducción anormal del hipocampo en TPEPT.³⁴

Estudios funcionales de imagen-cerebral como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), Tomografía Computarizada de Emisión de Fotón Único (SPECT), y el electroencefalograma (EEG), de pacientes con trastornos de ansiedad tienen una variedad de anormalidades reportadas en la corteza frontal, en áreas occipitales, temporales, y en un estudio de trastorno de angustia, en el giro parahipocampal.³⁵

Otros estudios de neuroimagen funcional han implicado al núcleo caudado en la fisiopatología del trastorno obsesivo compulsivo. Un estudio en el que se realizó tomografía computarizada por emisión de fotón único, SPECT en pacientes con distintos trastornos de ansiedad mostró como hallazgos comunes en estos, activación en la corteza frontal inferior derecha, en la corteza orbitofrontal posterior medial derecha, en la corteza insular bilateral, en el núcleo denticulado bilateral y en los centros bilaterales del tallo cerebral durante momentos sintomáticos inducidos, contra condiciones control.³⁶

Los estudios neurorradiológicos sobre la fobia social, están en su etapa inicial. Uno de ellos reporta diferencias volumétricas en los pacientes con fobia social comparado con controles psicológicamente sanos. Otro estudio que midió el flujo sanguíneo regional mediante SPECT, tampoco reporta diferencias con respecto a sujetos en estado de reposo. Resultados preliminares revelan que en pacientes con fobia social comparados con sujetos sanos demostraron una activación selectiva más importante en la amígdala, considerada el centro de procesamiento emocional del temor, en respuesta a la exposición a caras emocionalmente neutrales, mientras se realizaba una resonancia magnética funcional. En otro estudio que utilizó PET se emplearon situaciones provocadoras de ansiedad social para demostrar que los pacientes con fobia social, tenían un mayor flujo sanguíneo en la parte anterior del cíngulo, la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza orbitofrontal y la ínsula, regiones implicadas en el procesamiento emocional, sin embargo, la amígdala quedaba relativamente desactivada. En un estudio utilizando SPECT, en pacientes con fobia social, antes y después del uso de un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, se observó mayor actividad sobre la corteza temporal izquierda y en regiones mediofrontales izquierdas en quienes no respondieron al fármaco comparados con aquellos que si lo hicieron.³⁷

Una interpretación conservadora de estos datos es que algunos pacientes con trastornos de ansiedad tienen una condición funcional cerebral patológica y que la condición puede causar relevancia a la sintomatología del trastorno de ansiedad.³⁸

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

La siguiente tabla resume los principales trastornos médicos y psiquiátricos con los que debe realizarse un diagnóstico diferencial en virtud de que comparten signos y síntomas con los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.³⁹

Tabla 5. Padecimientos generadores de ansiedad en las esferas Psiquiátrica y Pediátrica

Trastornos Psiquiátrico	Trastornos Médicos
Trastorno depresivo Distimia	Trastornos Endocrinos: Hipoglucemia Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Feocromocitoma, hiperparatiroidismo
Esquizofrenia	Vértigo auténtico
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Cardiopatías
Trastornos somatomorfos	Abstinencia de sustancias
Trastornos de la personalidad	Crisis neurovegetativas

40

Por otro lado es conveniente identificar las diferencias entre cuadros psiquiátricos generadores de ansiedad con los que se debe establecer un diagnóstico diferencial, lo que se resume en la siguiente tabla:⁴¹

Tabla 6. Padecimientos Psiquiátricos con los que se debe realizar diagnóstico diferencial

Trastornos Psiquiátrico
Trastorno depresivo: Los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.
Distimia: Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo.
Esquizofrenia: Es una alteración que incluye ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad.
Trastornos somatomorfos: Consisten en la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de ella.
Trastornos de la personalidad: Es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Diseñado para esta guía: Dra. Ana Luisa Martínez Ortiz y Dr. Camilo E. Fernández Aguirre

COMORBILIDAD

En estudios norteamericanos, NCS (*Estudio de comorbilidad nacional*) y ECA (Busqueda epidemiológica regional), se ponían de manifiesto cifras altas de comorbilidad. Entre un 40 y un 80% de los pacientes con trastorno de pánico presentan depresión mayor y un 49% de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada presentan una depresión.^{42,43,44}

Se detectó una fuerte asociación entre los diversos trastornos de ansiedad la depresión mayor, y otras enfermedades médicas y psiquiátricas en la población infantil, de tal modo que los índices de comorbilidad más consistentes se encuentran entre el trastorno depresivo mayor y los trastornos de angustia y de ansiedad generalizada, así como enfermedades somáticas como asma y alergias.⁴⁵

Una revisión identifica evidencias que sugieren que los trastornos de ansiedad como los de ansiedad generalizada, de pánico y obsesivo compulsivo, pueden ser asociados independientemente a conductas suicidas, a las que contribuyen particularmente cuando hay comorbilidad con trastorno bipolar, depresión, esquizofrenia o estrés postraumático en poblaciones infanto-juveniles.⁴⁶

Se hallaron tasas de prevalencia de comorbilidad entre el TAG (trastorno de ansiedad generalizada) y la depresión mayor del 33%, con el trastorno distímico ascendía al 40%, y si consideráramos ambos diagnósticos era próxima al 50%, siendo ésta la comorbilidad más frecuente. Se ha observado un patrón de relación temporal entre ansiedad y depresión. Es más frecuente que en un episodio aislado aparezca la ansiedad antes de los síntomas depresivos. También se ha visto que el 60% de los pacientes presenta un trastorno de ansiedad previo a un trastorno depresivo.⁴⁷

En base a estas referencias, distinguimos los siguientes grupos de pacientes con solapamiento de síntomas ansiosos y depresivos:

1. Pacientes con síntomas de ansiedad y de depresión pero que no cumplen con los criterios diagnósticos operativos actuales de trastornos de ansiedad o de los trastornos del humor.
2. Pacientes con trastornos de ansiedad o con trastorno depresivo, asociados respectivamente a síntomas depresivos o a síntomas ansiosos.
3. Pacientes que cumplen los criterios de ambos diagnósticos: trastorno depresivo y trastorno de ansiedad.⁴⁸

Las prevalencias de ansiedad y depresión obtenidas en una muestra de adolescentes escolarizados fueron del 11% y del 25% respectivamente y la comorbilidad para ambas patologías fue del 27,78%. La severidad se consideró

moderada de acuerdo al **Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)** es la versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory de Spielberger). Está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas, de 20 afirmaciones cada una que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad.⁴⁹

La mayoría de los datos que se aportan sobre la comorbilidad en la infancia y adolescencia hace referencia a los trastornos de ansiedad, sin especificar cada uno de ellos. Estos trastornos de ansiedad ocurrirían junto a otros trastornos psiquiátricos, tales como los depresivos, los trastornos de conducta, oposicionistas/desafiantes y atencionales con déficit de hiperactividad, y el abuso o dependencia de alcohol. En general, la comorbilidad de los trastornos de ansiedad en la adolescencia con otros trastornos psiquiátricos es alta (Essau, 2003), presentando casi la mitad de los adolescentes otros cuadros psiquiátricos. El patrón comórbido más común es el de los trastornos de ansiedad con depresión, mostrándose en un 72% de los adolescentes (Essau, 2003); así, los adolescentes con trastornos comórbidos muestran un mayor estrés que los que tienen trastornos de ansiedad puros.

La comorbilidad puede tomar dos formas: Una primera, transversal, donde tienen lugar determinados trastornos concurrentes o asociados de corta duración y otra, longitudinal, apareciendo en ella dichos trastornos en periodos de tiempo mucho más largos.⁵⁰

Según datos de otra investigación aproximadamente un 30 % de niños con TDAH presenta un cuadro comórbido de Trastorno de Ansiedad. Entre un 15 y un 30 % de población con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad presenta como cuadro comórbido un Trastorno por Déficit de Atención.⁵¹

MANEJO INTEGRAL

Prevención

Se debe contemplar el manejo de los factores predisponentes para el desarrollo de los trastornos de ansiedad:⁵²

Familiares: Antecedentes de síntomas y trastornos de ansiedad, comunicación verbal limitada de los aspectos emocionales incluyendo los conflictos “manejo condicional”

Del Niño: temperamento incluyendo consciencia, labilidad emocional, vulnerabilidad y sus fortalezas, coeficiente intelectual, dificultades en las relaciones sociales, y situaciones de abuso emocional.

Sociales: Ambiente nocivo del vecindario

Factores Precipitantes: Depresión, estilo de vida estresante abiertos y encubiertos, enfermedad física, problemas con el grupo de pares, académicos y limitaciones cognitivas, baja autoestima. Crisis familiares.

Factores de mantenimiento: Perpetuación de las crisis y dificultades en las relaciones interpersonales y sociofamiliares. Modelos de familia con enfermedades serias, enfermedad mental en los padres, problemas escolares, enfermedad y evitación de conflictos, beneficios secundarios por el padecimiento, conductas profesionales reforzadoras de ansiedad y del rol de persona enferma.⁵³

Signos de alarma

Signos de alarma asociados con cada área de desarrollo para la generación de trastornos de ansiedad son:

- Temperamento/Carácter: Niño con temperamento “dificultoso”
- Emocional: historia de un evento traumático (violencia doméstica), está hipervigilante, ansioso, excesivamente preocupado, o “congelado” en el tiempo; parece triste o sin energía, muestra poca alegría.
- Sueño: se despierta muchas veces en la noche después de los 6 meses; presenta parasomnias, terrores nocturnos o sonambulismo “excesivos”.

Otros signos de alarma estarían relacionados con el ambiente del niño. Con respecto a la relación padres-hijos que puede ser observada en la consulta son llamativos la presencia de cólera hacia ellos, declaraciones negativas de sus hijos, atribuciones de malas intenciones de la conducta del niño, manejo rudo, pérdida de la paciencia, hablarle con enojo o sin empatía.

Respecto al aspecto del niño: pobre higiene, falta de atención hacia él, no nota sus conductas; padres que hablan demasiado fuerte para un niño muy sensible, padres demasiado tranquilos para un niño muy poco activo, es decir, todas aquellas señales que indican ausencia de interrelación adecuada y de entendimiento emocional del niño.

Con respecto al ambiente en casa, violencia doméstica, ausencia de límites, abuso de drogas, trastorno mental en la familia (sobre todo abuso de alcohol), padres con dificultades en el trabajo.

En relación con la detección precoz de psicopatología encontramos el concepto de resiliencia, que hace referencia a la capacidad de adaptarse satisfactoriamente a pesar de la presencia de una adversidad significativa.

Instrumentos de tamizaje

Es importante resaltar que los estudios epidemiológicos en salud mental infantil se iniciaron en nuestro país en la década de los 80's, de tal manera que existe la posibilidad de realizar estudios de tamizaje. La ansiedad también comprende un aspecto normal del desarrollo, por ello las escalas de evaluación de la ansiedad requieren de habilidad para discriminar a los niños y adolescentes con síntomas clínicos de ansiedad o con aquellos síntomas de ansiedad normales, por lo que la intervención diagnóstica del especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia se hace siempre deseable. Las escalas de evaluación de los trastornos de ansiedad ofrecen una gran utilidad para analizar la psicopatología de niños y adolescentes y los planes de tratamiento. Sin embargo, no pueden ser utilizadas de forma casual e injustificada.

Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD). Diseñado para este fin, se desarrolló a partir de la experiencia acumulada con el RQC. Se agregaron 17 preguntas que exploran síntomas que frecuentemente son motivo de consulta en los servicios de salud mental y que se refieren, algunos de ellos, a síntomas cardinales de diferentes trastornos entre ellos los de ansiedad.

Probable Trastorno de Ansiedad con Inhibición (ANIHB-T)

Síntoma clave: Es demasiado dependiente o apegado a los adultos.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta *dos* o más de los siguientes: dolores de cabeza frecuentes; le da miedo ir a la escuela; se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico; tiene problemas para dormir; tiene bajo peso porque rechaza la comida; come demasiado y tiene sobrepeso; se niega a trabajar en la escuela; es lento para aprender en comparación con otros niños; se aísla y casi nunca juega con otros niños; no se puede estar quieto en su asiento y siempre se está moviendo.

Probable Trastorno de Ansiedad Generalizada (ANGER-2)

Síntoma clave: Es muy nervioso o miedoso sin haber una buena razón.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta *dos* o más de los siguientes: no se puede estar quieto en su asiento y siempre se está moviendo; muchas veces está de mal humor, es irritable y geniuado; tiene problemas para dormir; tiene pesadillas con frecuencia.⁵⁴

Pueden añadirse las entrevistas diagnósticas como el K-SADS, ESA, ESE y MINI-KID, y la escala SCARED para ansiedad, ya que son instrumentos estandarizados en nuestro país.

K-SADS. Es una entrevista diagnóstica semiestructurada que evalúa la psicopatología presente en los últimos seis meses y a lo largo de la vida de 47 categorías diagnósticas diferentes. Incluye el C-GAS para la evaluación del funcionamiento psicosocial.⁵⁵

MINI-KID. Es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve. Explora, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Existen varias versiones en español: La MINI. La MINI Plus para la investigación. La MINI Kid para niños y adolescentes.⁵⁶

SCARED. Escala de Observación de la Ansiedad Infantil Ligada a Trastornos Emocionales. Fue desarrollada por jóvenes heterogéneos que se presentaban a una clínica de trastornos de ansiedad y del humor. Sus 5 dimensiones se establecen a partir de los trastornos del DSM-IV: Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, fobia escolar y somatización/dolor. Respecto a las propiedades psicomotrices la fiabilidad test-retest varía de moderada a excelente, mientras que la confiabilidad inter jueces varía en relación a la edad, siendo más alta para niños que en adolescentes. Todas las subescalas a otros ansiosos de otros jóvenes, especialmente aquellos con trastornos de conducta y en algún grado de jóvenes deprimidos. Las subescalas de fobia social y la fobia escolar actúan peor que el resto de subescalas.⁵⁷

Programas de detección oportuna

Para la psiquiatría infantil la detección precoz es fundamental, ya que en la infancia, detectar las enfermedades mentales es mucho más trascendente y mucho más difícil que en otras edades. Esta dificultad nace, entre otros aspectos, de la capacidad verbal del niño, de la necesidad de utilizar información proveniente de los padres y personas que conviven con el niño y de que, como ya es conocido, casi todos los síntomas psiquiátricos pueden, igualmente, ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño.

La detección oportuna debe realizarse en todos los niveles del sistema de salud, se acepta, en general que la detección es más fácil y más frecuente para los trastornos tipo externalizante como hiperactividad, trastornos de conducta, que para los internalizantes o emocionales, la mayoría sólo son tratados en atención primaria. Las intervenciones en salud mental desarrolladas en el marco de la atención primaria, permiten superar más fácilmente el estigma de la enfermedad psiquiátrica a la vez que disminuyen las barreras para intervenciones posteriores. De todas formas, las intervenciones en salud mental son inevitables ya que

cualquier respuesta dentro del marco de una consulta médica tiene un significado psicodinámico, cognitivo, conductual y emocional.⁵⁸

Manejo Farmacológico

Diferencias metodológicas en la ejecución de los estudios farmacológicos y su frecuente comorbilidad, han impedido distinguir los efectos ansiolíticos de las medicaciones antidepresivas y han dificultado la elaboración de guías de tratamiento para los trastornos de ansiedad en la población pediátrica.

Generalmente los medicamentos usados en los ts.de ansiedad en el adulto también se han utilizado en niños pero los estudios controlados son limitados por diversas razones. En primer lugar debido al problema de que el diagnóstico. Puede cambiar por tratarse de enfermedades en desarrollo por lo que los estudios controlados carecen de especificidad diagnóstica en segundo término, ocurre una respuesta muy alta al placebo en los estudios controlados. Adicionalmente son tamaño de muestra pequeños, y factores éticos impiden la utilización indiscriminada de placebo en menores.

Estudios doble ciego, controlados, con antidepresivos tricíclicos muestran resultados heterogéneos. Imipramina vs. placebo durante 6 semanas en 35 niños entre 6-14 años con fobia escolar muestran superioridad de la imipramina, mejorando el retorno a la escuela y el funcionamiento global.⁵⁹

En un estudio controlado doble-ciego con placebo, en 24 niños entre 7-18 años con fobia escolar y depresión no encontró diferencias significativas entre imipramina, alprazolam y placebo. Ryan y cols.⁸⁷ tratando 35 niños con fobia escolar, no encontraron diferencias entre terapia cognitiva + imipramina a dosis de 5mgr/kg/día vs. terapia cognitiva + placebo.⁶⁰

Aunque el uso de los ISRSs se ha incrementado rápidamente en los últimos años, pocos estudios controlados doble-ciego se han realizado para investigar su utilidad en los niños con trastornos de ansiedad. Un estudio de 15 niños con Dx. de mutismo selectivo y fobia social, mostró superioridad de la fluoxetina vs. placebo en las escalas de mutismo y cambio global reportadas por los padres.

Estudios no controlados han demostrado la efectividad y seguridad de los ISRSs en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de ansiedad incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo y depresión.⁶¹

Los estudios sobre el uso de benzodiazepinas también muestran resultados contradictorios. Aunque algunos reportes sugieren el uso de benzodiazepinas en estos trastornos. Estudios de niños con ansiedad de separación y trastorno por ansiedad generalizada no mostraron diferencias significativas entre clonazepam y alprazolam vs. placebo. Su potencial riesgo de abuso y los efectos en la esfera cognitiva hacen más controversial su utilización en niños y adolescentes.⁶²

Consideraciones que deben preceder el inicio de la terapia farmacológica

A continuación se resumen las consideraciones que se deben tener en cuenta al iniciar la terapia farmacológica:

- Aclarar la etiología, características clínicas, pronóstico, consecuencias y diversas modalidades de tratamiento disponibles por parte del paciente y la familia.
- Valorar cuidadosamente el cuadro clínico y sus estados comórbidos
- Aplicar las escalas especiales diseñadas para cuantificar la ansiedad y depresión como la escala de autoevaluación de ansiedad y trastornos relacionados en niños (SCARED), el inventario de depresión en niños (CDI) y el inventario de Beck (BDI).
- Valorar la sintomatología física asociada al cuadro ansioso que puede ser exacerbada por los efectos secundarios de las medicaciones.
- Realizar exámen físico incluyendo pulso, presión arterial (sentado y supino), peso y la toma de ECG basal en niños sin antecedentes patológicos
- Considerar los efectos secundarios tóxicos, y las posibilidades letales de la sobredosificación especialmente con los antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas.
- Asegurar la administración de la medicación directamente por los padres o cuidadores en pacientes con riesgo suicida.

- Explorar la psicopatología de los padres (ansiedad y depresión principalmente, y asesorar su tratamiento).
- Diferentes datos confirman el uso de ISRSs en la primera línea farmacológica de elección para el manejo de los trastornos de ansiedad en niños. Sin embargo deben ser consideradas otras alternativas terapéuticas en algunos casos específicos
- Datos que sugieren a los ISRSs como los primeros fármacos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad den niños
- Eficacia en el tratamiento de adultos con ansiedad y trastornos depresivos.
- Eficacia en el tratamiento de niños con depresión mayor.
- Bajo perfil de efectos secundarios (comparado con antidepresivos tricíclicos).
- Baja letalidad en sobredosis
- Casos que requieren el uso de otras alternativas terapéuticas diferentes a ISRSs.
- Comorbilidad con trastorno por déficit de atención en los cuales los antidepresivos tricíclicos actúan en ambas patologías
- Pacientes con ansiedad extrema que requieren una rápida reducción de sus síntomas los cuales deben ser manejados inicialmente con benzodiacepinas.

Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina ISRSs

Actúan bloqueando selectivamente la recaptura serotoninérgica de la neurona a nivel pre-sináptico. Aunque no se ha establecido el tiempo de acción SSRI en los trastornos de ansiedad, su utilización se basa en los estudios previos de eficacia para trastornos depresivos y se considera que los resultados se evidencian en las primeras 4-6 semanas. Con el fin de mejorar el cumplimiento y disminuir los efectos secundarios, se recomienda iniciar con bajas dosis y mantenerlas por 4 semanas. Todos los SSRI han demostrado tener buena absorción por el tracto gastrointestinal después de la administración vía oral.⁶³

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina disponibles actualmente

Sertralina: posee una vida media de aproximadamente 1 día, pero con su metabolito de baja acción Desmetilsertralina se prolonga a 2-4 días. El tratamiento se inicia generalmente con dosis de 25 mg/día y se puede aumentar hasta 50-200 mg/día.

Fluoxetina: posee vida media larga (2-4 días) la cual se aumenta (7-15 días) gracias a la acción de su metabolito norfluoxetina. En adultos, los niveles sanguíneos de fluoxetina y norfluoxetina se estabilizan después de la administración consecutiva de 20 mg/día durante 1-2 meses. Aunque la dosis indicada es de 20 mg/día, algunos pacientes suelen responder a dosis menores (5-10 mg/día). Dosis altas, entre 60-80 mg/día, son recomendadas en pacientes deprimidos con condiciones comórbidas como OCD y bulimia.

Paroxetina: a dosis bajas tiene una vida media de un día. Aunque sus metabolitos no poseen ninguna acción a nivel serotoninérgico, presenta alguna acción sobre los receptores colinérgicos. La dosis inicial es de 10 mg/día, incrementándose hasta 40-60 mg/día.

Citalopram: estudios en adultos demuestran que tiene una vida media de 33 horas. Sus dos metabolitos llamados Desmetilcitalopram y Didemetilcitalopram aunque son activos inhibiendo la recaptación de serotonina, son 10 veces menos potentes. La dosis recomendada para iniciar el tratamiento en adultos es de 10-20 mg/día, aumentándose hasta 60 mg/día.

Fluvoxamina: posee una vida media inicial de 15 horas, pero después de dosis repetidas su vida media aumenta a 1 día. No tiene metabolitos activos. La dosis inicial es de 25 mg/día y puede incrementarse hasta 150-250 mg/día.

Efectos secundarios de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

- Sistema nervioso central: Desinhibición, agitación psicomotora e irritabilidad. Cefalea y migraña en pacientes con historia familiar. Alteraciones en la arquitectura del sueño, insomnio o hipersomnia, Sueños “vivididos”. Convulsiones, Temblor. Apatía. Diaforesis. Síntomas extrapiramidales Desencadenar episodios de manía o hipomanía
- Sistema hematopoyético e Inmune: Aparición de equimosis, Hiponatremia, Alergias
- Sistema gastrointestinal: Nauseas, Diarrea, Disminución del apetito, Pérdida de peso.
- Sistema reproductivo: Disfunción sexual, .Eyaculación retardada, Anorgasmia.⁶⁴

Riesgo suicida:

Los ISRSs y particularmente la fluoxetina fue asociada con un elevado riesgo de suicidio. Sin embargo diversos estudios entre ellos un meta-análisis recientemente publicado, mostró que la fluoxetina, al igual que otros antidepresivos reducen el riesgo de suicidio en pacientes deprimidos.⁶⁵

Interacciones y discontinuación:

Inhiben el metabolismo hepático de diversas medicaciones como antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, antiarítmicos, benzodiazepinas, carbamazepina, teofilina, warfarina y terfenadina, que son metabolizadas a través del citocromo P450.⁶⁶

La suspensión de los ISRSs debe ser gradual, principalmente los de vida media corta (como la paroxetina) con el fin de evitar los síntomas de abstinencia que pueden ser confundidos con recaídas o recurrencias.

Antidepresivos Tricíclicos (ATCs)

Son usados en el tratamiento de niños con trastornos de ansiedad y cuadros comórbidos como déficit de atención, depresión, enuresis y narcolepsia. Se deben iniciar a con dosis bajas (10-25 mgr de imipramina o su equivalente), con el fin de evitar los efectos secundarios que obstaculizan la adherencia al tratamiento. En niños los ATCs son metabolizados rápidamente, por lo cual se recomiendan dosis fragmentadas durante el día. En los adolescentes se prefieren las dosis únicas nocturnas que mejoran el patrón de sueño y el cumplimiento del tratamiento. La dosis se debe incrementar 25 mg cada semana según la respuesta del paciente. En el manejo de cuadros depresivos son recomendadas dosis de 5 mg/kg/día (máximo 300 mg/día) de imipramina, desipramina y amitriptilina y de 2.5 mg/kg/día (máximo 150 mg/día) para la nortriptilina.⁶⁷

Taquicardia sinusal se presenta con frecuencia en niños y adolescentes tratados con ATCs^{39, 100}. El aumento en el intervalo PR se presenta en aproximadamente 5%-10% y se correlaciona con los niveles séricos. Son raros los bloqueos atrioventriculares. Bloqueos de rama derecha se han identificado en aproximadamente 15% de los niños. Todos los ATCs pueden tener efectos disminuyendo el umbral convulsivo por lo tanto se deben reajustar las dosis de anticonvulsivantes en los pacientes predispuestos. En individuos con aumento de peso, se deben recomendar dieta y ejercicio.

Descontinuación:

Los fármacos deben ser disminuidos gradualmente en un periodo de 6 semanas debido a que pueden ocurrir recaídas y la aparición de síntomas de abstinencia se han encontrado en pacientes que suspenden el tratamiento.

Tabla 7. Farmacología de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

Medicación	Dosis inicial	Modificación	Rango	Indicación	Efectos secundarios	Comentarios
Benzodiacepinas Alprazolam	0.125-0.25 mg		Hasta 2-4 mg/día	Trastorno de pánico: rechazo escolar	Desinhibición, abstinencia después de 2 semanas	Uso por periodos cortos. Retirar 25% /semana
Clonazepam	0.25-1mg					
IRS: Fluoxetina Paroxetina Fluvoxamina Sertralina	5 mg 5-10 mg 25 mg 25-50 mg	1-2 semanas	20-40 mg 20-40 mg 25-250 mg 50-150 mg	Trastorno de pánico, Fobia social, TAG, TOC	Acatisia, ↑ inicial de ansiedad; manía; activación conductual	Efectos deseo sexual en adolescentes. Sx abstinencia
Tricíclicos Imipramina Clorimipramina	10-25 mg	1-2 semanas	75-125 mg. CMI hasta 5 mg/Kg en TOC	2ª línea en Trastorno de pánico, TAG.	Efectos cardíacos, anticolinérgicos, hipotensión postural.	Sx abstinencia
Otros Moclobemida	75mg		Hasta 150 mg	Fobia social		Titular la dosis y no suspender abruptamente
Buspirona	2.5-5 mg		15 mg	TAG		
Venlafaxina	37.5 mg	1-2 semanas	37.5-150 mg	TAG	Activación conductual, náusea, efectos cardiovasculares, broncoespasmo.	
Propranolol	10 mg		60 mg	Crisis de angustia		
Clonidina	50 µg		200 mg	TEPT		No hay estudios en adolescentes

Tomado de: Stan Kutcher.2008⁶⁸

Psicoterapia

Entre los tratamientos psicoterapéuticos útiles en el manejo de los trastorno de ansiedad en niños y adolescentes se encuentran:

Un metanálisis revisa 32 tratamientos psicosociales, para las fobias y los trastornos de ansiedad en jóvenes, reportando que aunque ningún tratamiento estaba bien establecido, la terapia cognitivo conductual, el mismo abordaje con padres, y su aplicación en fobia social y el entrenamiento social efectivo para niños cumplieron los criterios para calificarse como probablemente eficaces; mientras que el resto de tratamientos fueron considerados como posiblemente eficaces o experimentales. Los resultados de la evaluación metanalítica no revelaron diferencias significativas entre los tratamientos individual o grupal sobre las tasas de recuperación y en la reducción de los síntomas de ansiedad llámese miedo, depresión, así como en problemas inter y externalizados. El involucramiento de los padres resultó igualmente efectivo que su no inclusión en los formatos terapéuticos individual y grupal.^{69,70}

Terapia Cognitivo Conductual.

Le permite al niño o al adolescente examinar patrones confusos y distorsionados de pensar. Se analizaron ocho informes científicos correspondientes al periodo 1980 a 2002, que derivaron en 21 estudios independientes. Los participantes fueron 662 sujetos de 7 a 14 años, con una edad media de 10,5 años. Los resultados informaron de que la terapia cognitivo-conductual y la terapia cognitivo-conductual con intervención familiar son tratamientos probablemente eficaces, en base a los criterios de la Comisión de Expertos, de la División 12 "Psicología Clínica", de la Asociación Americana de Psicología.^{71,72}

Terapia psicodinámica.

La psicoterapia moderna enfocada a niños y adolescentes tiende a integrar los desarrollos teóricos y técnicos adecuándolos a las necesidades de la persona. La importancia del trabajo psicoanalítico en los niños radica en que cuando ya son capaces de entender como están contruidos sus estados mentales y los de los demás y como estos respaldan todos sus actos y el lenguaje, pueden entonces reflejar sus pensamientos y vida mental.

El juego es la parte central de la psicoterapia psicoanalítica en el niño, a través de el, simboliza sus conflictos y ansiedades y el psicoterapeuta infantil utiliza este abordaje no solo para establecer el estado mental del niño sino también para promover funciones del desarrollo tanto internas como hacia su exterior dentro de un ambiente analítico. Surge entonces la pregunta de que es lo que debe interpretarse directamente, que se interpreta mediante el desplazamiento y que se deja de lado.⁷³

Terapia de Grupo.

Mediante la interacción con sus pares y a través de esta dinámica podrá aumentar el entendimiento y mejorar sus destrezas sociales

Terapia Familiar. Facilita a la familia funcionar de manera más positiva y constructiva al explorar los patrones de comunicación, además de proveer apoyo y educación.⁷⁴

Psicoeducación.

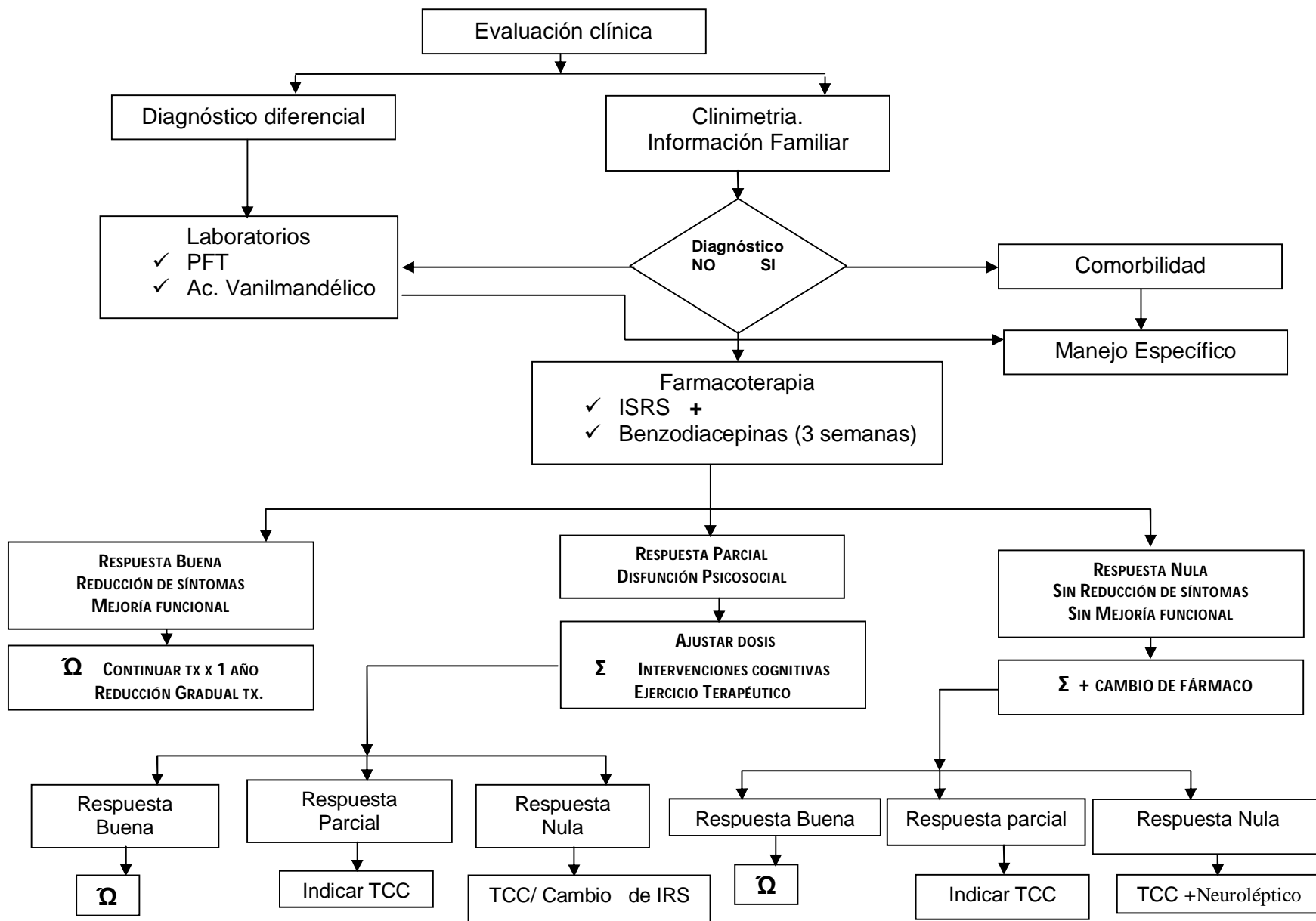
Permite promover el apoyo y educación acerca del padecimiento.

Ejercicio terapéutico

Martinsen y colaboradores realizaron estudios en poblaciones de pacientes con trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, síndromes conversivos a quienes se integraba a un programa de ejercicio aeróbico especializado durante ocho semanas, acompañado de tres sesiones grupales de psicoterapia. La ansiedad fue valorada mediante la escala de síntomas de ansiedad de Kellner., encontrando que los ítems indicativos de ansiedad cayeron significativamente en la mayoría de grupos diagnósticos. La mejoría se mantuvo durante el seguimiento a un año en los casos de trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia sin ataques de pánico.⁷⁵

El modelo de ejercicio para el trastorno de pánico está dirigido a crear sensaciones físicas que producen miedo en los pacientes con estas alteraciones y sirve como un tratamiento de exposición para el manejo de este tipo de padecimientos generadores de ansiedad. La actividad puede proveer estas sensaciones de manera que los pacientes pueden recuperarse. En algunos trabajos se reporta reducción de los síntomas, comparados con el mismo nivel de beneficio obtenido por los antidepresivos. Los efectos colaterales el ejercicio tales como sudoración, sensación leve de pesantez de la cabeza y taquicardia son herramientas útiles para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.⁷⁶

Figura 1. Algoritmo de tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes



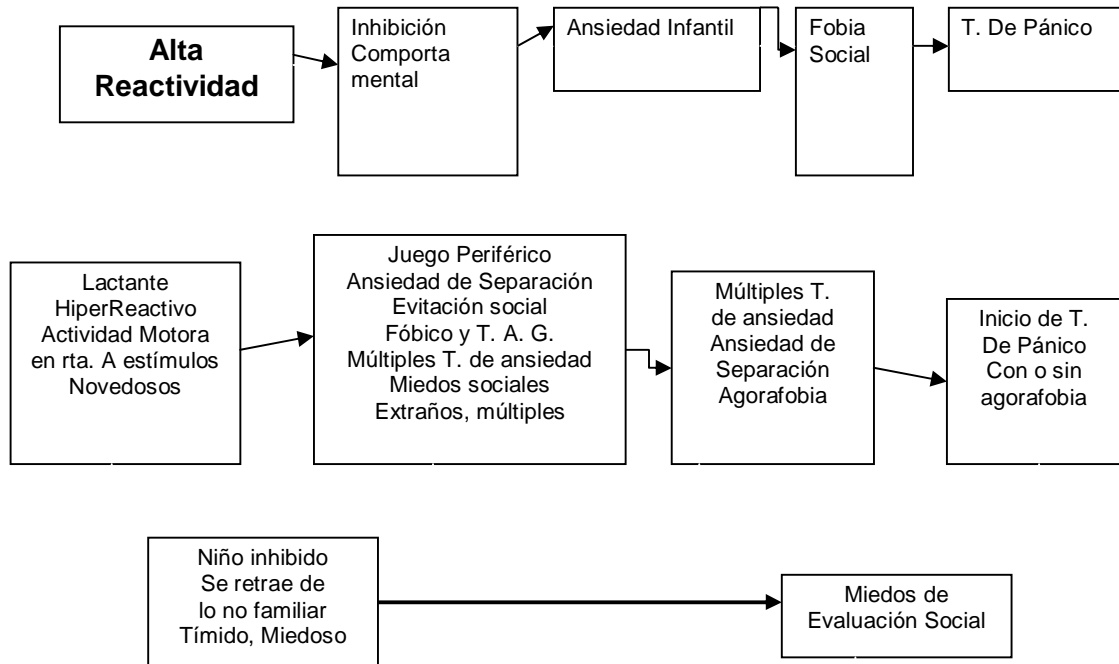
PRONÓSTICO

Algunos factores que determinan la evolución se relacionan a la edad de inicio del trastorno de ansiedad, el momento en que establece el diagnóstico, y el tratamiento oportuno. Como se ha descrito la mejor alternativa terapéutica será aquella en la que se combine el tratamiento farmacológico con psicoterapia y ejercicio terapéutico. Por mencionar alguno, los estudios de Otto reportan una mejoría y remisión del 41% combinando farmacoterapia con ejercicio aeróbico de mediana a alta intensidad tres veces por semana durante cinco semanas.⁷⁷

Por otra parte, los niños que pertenecen a familias en las que los padres se enfrentan a factores estresantes crónicos como el hacinamiento, la pobreza y las desavenencias conyugales tienen una probabilidad mayor de que la inseguridad, los temores y la ansiedad se perpetúen; los padres cuyas circunstancias sociales con mejores, suelen estar disponibles emocionalmente para sus hijos y les pueden ayudar a reprimir sus ansiedades y temores con la desaparición de estos. La disponibilidad emocional de los padres para sus hijos va a estar reducida posiblemente si sus pensamientos y sentimientos están centrados en múltiples problemas sociales con un espacio emocional muy escaso para el niño, al grado tal de que la ansiedad continúa y la necesidad de tratamiento farmacológico sea requerida de manera crónica.⁷⁸

Se puede hablar de mal pronóstico para el desarrollo de comorbilidad psiquiátrica cuando existen pacientes con una alta reactividad, lo que se ejemplifica en la siguiente figura:

Figura 2.



<http://www.esef.com.ar/material> (2009)⁷⁹

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

A pesar de que los trastornos de ansiedad son frecuentes durante la niñez, los niños afectados no suelen recibir tratamiento, este debe conllevar un abordaje multimodal o combinado que incluye a la psicoeducación, el enfoque terapéutico comportamental, la farmacoterapia, la psicoterapia y la terapia familiar.⁸⁰

En un reporte efectuado por Lloyd & Jenkins acerca del manejo del complejo ansiedad depresión en las unidades de atención primaria a la salud, se comentan cinco niveles de atención y cuatro filtros, que se sugerimos ir adoptando porque se adapta muy adecuadamente al Sistema de salud nacional y se mencionan en la siguiente tabla.⁸¹

Tabla 8. Niveles de atención y filtros en el manejo psiquiátrico aplicable a los trastornos de ansiedad

Nivel de atención	Tipo de atención	Filtro	Estrategia
Primero	Comunitario	1o	Decisión de consulta
Segundo	Atención primaria a la salud	2o	Consulta médica general
Tercero	Hospital general de zona	3o	Referencia
Cuarto	Centro comunitario de salud mental	4o	Tratamiento y control morbilidad psiquiátrica
Quinto	Hospital Psiquiátrico Infantil		Alta especialidad

Modificado de Goldberg & Huxley's. Con propósito de esta revisión 2008⁸²

Es importante sistematizar el abordaje terapéutico de modo tal que se establezca si el tratamiento requiere hospitalización o puede llevarse de manera ambulatoria, tomando en cuenta los principios fundamentales que son:

- Reducción del estrés
- Educación con respecto a la naturaleza de la ansiedad
- Potenciación de los mecanismos de afrontamiento
- Implicación de la familia
- Facilitación de los cambios de tipo familiar deseables

BIBLIOGRAFÍA

1. Huberty TJ. Anxiety and Anxiety Disorders in Children: Information for Parents. Universidad de Indiana. Disponible en: http://specialeducation.lspshs.schoolfusion.us/modules/locker/files/get_group_file.php tmldea. Consultado el 28 de Mayo de 2009.
2. Clasificación Internacional de las Enfermedades.
3. Academia Psiquiátrica Americana. Manual estadístico de trastornos Psiquiátricos, DSM-IV-TR. Ed. Masson, Barcelona, 2002.
4. Costello EJ, Angold A. Epidemiology. In: March S editor(s). Anxiety disorders in children and adolescents. New York, NY: Guilford Press, 1995:109-24.
5. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva. PA DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large simple from the general population. Arch Gen Psychiatry 1987;44:69-76.
6. Bowen RC, Offord DR, Boyle MH. The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: results from the Ontario Child Healt Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990;29:753-758.
7. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, et al. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. Arch Gen Psychiatry 1990;47:487-496.
8. Sadock B, Sadock V: Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
9. Benjamin RS, Costello EJ, Warren M. Anxiety disorders in a pediatric sample. J Anx Disord 1990;4:293-316.
10. Caraveo A.J. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. 2ª parte Salud Mental 2007;30(1):48-55.
11. Medina Mora ME, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003;26(4):6 -10.
12. Gómez HD. Informe estadístico del Hospital Psiquiátrico Infantil 2003-2007

13. Bremner JD. Brain imaging in anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2004;4(2):275-284.
14. Milham MP, Nugent AC, Drevets WC, Dickstein DP, Leibenluft E, Ernst M, Charney D, Pine DS. Selective reduction in amygdala volume in pediatric anxiety disorders: a voxel-based morphometry investigation. *Biological Psychiatry*.2005;57(9):961-966.
15. Pohjavaara P, Telaranta T, Vaisanen E. The role of the sympathetic nervous system in anxiety: Is it possible to relieve anxiety with endoscopic sympathetic block? *Nordic Journal of Psychiatry* 2003;57(1):55-60.
16. Fredrikson M, Furmark T: Amygdaloid regional cerebral blood flow and subjective fear during symptom provocation in anxiety disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003;85:341-7.
17. De Bellis MD, Casey BJ, Dahl RE, Birmaher B, Williamson DE, Thomas KM, Axelson DA, Frustaci K, Boring AM, Hall J, Ryan ND. A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry* 2000;48(1):51-57.
18. Idem 12.
19. Charney DS. Neuroanatomical circuits modulating fear and anxiety behaviors. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* 2003;417:38-50.
20. Mula M, Pini S, Cassano GB: The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: a critical reappraisal. *Journal of Affective Disorders* 2007;99(1-3):91-99.
21. Roy-Byrne PP. The GABA-benzodiazepine receptor complex: structure, function, and role in anxiety. *J Clin Psychiatry* 2005;66(Suppl 2):14-20.
22. Stein DJ, Westenberg HG, Liebowitz MR. Social anxiety disorder and generalized anxiety disorder: serotonergic and dopaminergic neurocircuitry. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl 6):12-9.
23. Nemeroff CB. The role of GABA in the pathophysiology and treatment of anxiety disorders. *Psychopharmacology Bulletin* 2003;37(4):133-146.
24. Lydiard RB. The role of GABA in anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64(Suppl 3):21-27.

25. Milham MP, Nugent AC, Drevets WC, Dickstein DP, Leibenluft E, Ernst M, Charney D, Pine DS. Selective reduction in amygdala volume in pediatric anxiety disorders: a voxel-based morphometry investigation. *Biological Psychiatry* 2005;57(9):961-966.
26. Gunthert KC, Conner TS, Armeli S, Tennen H, Covault J, Kranzler HR. Serotonin Transporter Gene Polymorphism (5-HTTLPR) and Anxiety Reactivity in Daily Life: A Daily Process Approach to Gene-Environment Interaction. *Psychosomatic Medicine* 2007;69:762-768.
27. Sucheta D, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(2):267-283.
28. Grupo de Consenso México. Actualización de la Guía Práctica "Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad". UNAM, 2007.
29. Gasto Ferrer C, Vallejo Ruiloba J. Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. 2ª. Ed. Masson, Barcelona, pp: 12-13. 2008
30. Idem 3, (pp446)
31. Leckman JF, Vaccarino FM, Lombroso PJ. 25 Development of the symptom of anxiety in Lewis. *Child Adolescent Psychiatry* 1028-1053
32. Idem. 31
33. Gelder M, López-Ibor J, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Psiquiatría Editores, S.L., 2003.
34. Brambilla P, Barale F, Caverzasi E, Soares JC. Anatomical MRI findings in mood and anxiety disorders. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002;11(2):88-99.
35. Milham MP, Nugent AC, Drevets WC, Dickstein DP, Leibenluft E, Ernst M, Charney D, Pine DS. Selective reduction in amygdala volume in pediatric anxiety disorders: a voxel-based morphometry investigation. *Biological Psychiatry* 2005;57(9):961-966.
36. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Fischman AJ, Jenike MA. The functional neuroanatomy of anxiety: a study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biological Psychiatry* 1997;42(6):446-452.

37. Hollander E, Simeon D. Guía De trastornos de ansiedad. Ed Elsevier. Barcelona. 2004 pp: 90-02
38. Susan C, Jenkins M. Manual de Psiquiatría, 3ª.ed. 2008. Elsevier, Barcelona. pp21.
39. Nemeroff CB. Clinical significance of psychoneuroendocrinology and psychiatry. Focus on thyroid and adrenal. J Clin Psychiatry 1999;50(Suppl):13-20.
40. Idem 28.
41. Albano AM, Chorpita B, Barlow D.: Childhood anxiety disorders. En Mach JM, Barkley PA, eds. Child Psychopathology (pp.196-241). Nueva York: Guilford Press, 2006.
42. Kessler RC, Nelson CB, Mcgonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry 1996;168(Suppl 30):17-30.
43. Andrade L, Eaton WW, Chilcoat H. Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study: Symptom profiles. Br J Psychiatry 1994;165:363-369.
44. Vallejo J, Menchón JM. Distimia y otras depresiones no melancólicas. En: Vallejo J, Gastó C, editores. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson 2000; 261-288.
45. Chavira DA, Garland AF, Daley S, Hough R. The Impact of Medical Comorbidity on Mental Health and Functional Health Outcomes Among Children with Anxiety Disorders. J Develop Behav Pediatrics 2008;29(5):394-402.
46. Hawgood J, De Leo D. Anxiety disorders and suicidal behaviour: an update. Personality disorders and neuroses. Current Opinion in Psychiatry 2008;21(1):51-64.
47. Campos MS, Martínez-Larrea JA. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes ANALES Sis San Navarra 2002;25(Supl. 3):117-136.

48. Ayuso Gutiérrez JL. Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. *Revista Electrónica de Psiquiatría* 1997;1(1).
49. Czernik GE, Dabski MF, Canteros JD, Almirón LM. Ansiedad, Depresión Y Comorbilidad En Adolescentes. *Revista de Posgrado de I 4 a VIa Cátedra de Medicina - N° 162 – Octubre 2006*
50. Zubeidat I, Sierra JC, Fernández Parra A. Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil. *C Med Psicosom* 2006;79/80.
51. [http://www.esef.com.ar/Materialdidactico/Sujeto Aprendizaje y abordaje terapéutico grupal para niños con trastorno de ansiedad.pps](http://www.esef.com.ar/Materialdidactico/Sujeto_Aprendizaje_y_abordaje_terapeutico_grupal_para_niños_con_trastorno_de_ansiedad.pps)
52. Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, et al. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, muscular-skeletal pains and headaches. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1999;38:852–860.
53. Eminson DM. Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors. *Adv Psychiatric Treatment*; 7:266–274.
54. Caraveo y Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental* 2007;30(1):48-55.
55. Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, et al. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(1):36-40.
56. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview: According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997;12: 232-241.
57. Tomás J, Almenara J. Valoración psicométrica de la personalidad, el estado de ánimo y la ansiedad. Consultado el 30 de Junio de 2009. Disponible En: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Evaluacion_Psicopatologica.pdf.
58. Servicios de sanidad del gobierno de Canarias. Detección precoz de trastornos de ansiedad. Disponible en:

[www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/pr_salud_infantil/pdf/areas./](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/pr_salud_infantil/pdf/areas/)
accesado el 25.05.2009.

59. Green WH. Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995
60. Waterman GS, Ryan ND. Pharmacological treatment of depression and anxiety in children and adolescents. School Psychology Review 1993;22:228-242.
61. Findling R, Fiala S, Myers C, et al. Putative determinants of paroxetine response in pediatric patients with major depression. Psychopharm Bull 1996; 32:446.
62. Leonard HL, March J, Rickler KC, et al. Review of the pharmacology of the selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;3 (6):725-36.
63. Dummit ES 3rd, Klein RG, Tancer NK, et al. Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:615-621.
64. Budman CI, Sherling M, Bruun RD. Combined pharmacotherapy risk (letter). J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:263-264.
65. Beasley CM, Dornseif BE, Bosomworth JC, et al. Fluoxetine and suicide: A meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. Br Med J 1991; 303:685-692.
66. Quitkin FM, McGrath PJ, Stewart JW, et al. Chronological milestones to guide drug change. When should clinicians switch antidepressants? Arch Gen Psychiatry 1996;53(9):785-792.
67. Clein PD, Riddle MA. Pharmacokinetics in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1995;4(1):59-75.
68. Stan Kutcher. Practical child & adolescent psychopharmacology. Anxiety disorders. 2008.
69. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol 2008;37(1):105-130.

70. Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(2):267-83.
71. Orgilés Amorós M, Méndez Carrillo X, Rosa Alcázar AI, Inglés Saura CJ. La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia *anales de psicología* 2003;19(2):193-204.
72. Bailey V. Cognitive-behavioural therapies for children and adolescents. *Adv Psychiatric Treatment* 2001;7:224–232.
73. Fitzgerald M. Child psychoanalytic psychotherapy. *Adv Psychiatric Treatment* 1998;4:18-24.
74. *Ibidem* 28.
75. Daley AJ. Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention?. *Adv Psychiatric Treatment* 2002;8:262–270.
76. Otto MW, Church TS, Craft LL, Madhukar K. Exercise for Mood and Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry* 2007;68:669-676.
77. *Idem* 75.
78. Vázquez BJ. Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Editorial Masson, Barcelona. pp. 162-163. 2007
79. Disponible en: [http://www.esef.com.ar/material didáctico abordaje terapéutico grupal para niños con trastorno de ansiedad.pps](http://www.esef.com.ar/material%20did%C3%A1ctico%20abordaje%20terap%C3%A9utico%20grupal%20para%20ni%C3%B1os%20con%20trastorno%20de%20ansiedad.ppt). Consultado el 18 de marzo de 2009
80. *Idem* 78
81. Lloyd K, Jenkins R. Chronic depression and anxiety in primary care: approaches to liaison. *Adv Psychiatric Treatment* 1995;1:192-198.
81. Modificado de Goldberg & Huxley's. five levels and four filters on the pathways to psychiatric care in. in *Psychiatry and General Practice Today* (eds Pullen I, Wilkinson G, Wright ac, et al), pp 36-44. London: Gaskell. 1994 . Con propósito de esta guía 2008.