

Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

Eva Marcela Cárdenas
Miriam Fera
Lino Palacios
Francisco de la Peña

Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Eva Marcela Cárdenas, Miriam Feria,
Lino Palacios y Francisco de la Peña

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México, 2010

Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Eva Marcela Cárdenas, Miriam Feria, Lino Palacios C, Francisco de la Peña.

Editores

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

Validación Interna

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

Validación externa

Carmen Rojas, Silvia Cantú, Juan L. Vázquez, Sergio Vázquez

Aspectos Éticos

Liliana Mondragón

Producción editorial

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-156-5

Edición 2010

Impreso en México

Citación

Cárdenas EM, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	7
1. Generalidades	11
2. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	13
3. Trastorno de ansiedad por separación (TAS)	16
4. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)	18
5. Trastorno de angustia (TA)	22
6. Fobias: fobia específica (FE) y fobia social (FS)	26
7. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	30
8. Características generales del tratamiento	33
9. Recomendaciones para el manejo del paciente con trastorno de ansiedad en el contexto familiar	36
Aspectos Éticos	41
Referencias	43

Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*¹, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad².

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Directora General
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*

Esta Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes está dirigida a profesionales de la salud y está encaminada a proporcionar herramientas clínicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico, así como estrategias de intervención psicológica y social. Además tiene como objetivo asistir a los profesionales de la salud en el reconocimiento de las características clínicas que deben ser objeto de referencia a un especialista en el área.

En esta Guía se presentan los diferentes trastornos del espectro ansioso que son de suma importancia en la infancia y la adolescencia. Si bien forman parte de los trastornos internalizados (Depresión y Ansiedad) hemos decidido abordarlos por separado porque la manifestación fundamental es la ansiedad.

Objetivos de la Guía

- Conocer cuales son los diferentes trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.
- Contar con los conocimientos básicos para evaluar y diagnosticar el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Ansiedad por Separación, el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el Trastorno de Angustia, las Fobias y el Trastorno por Estrés Postraumático.
- Proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones generales sobre los padecimientos de ansiedad, con el propósito de que ellos puedan brindarlos tanto a los niños y adolescentes, como a sus padres.
- Conocer el tratamiento farmacológico de cada uno de los trastornos, teniendo en cuenta algoritmos para su uso y canalización a otros niveles de atención.

Guía Clínica los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes

¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es una emoción normal que todos las personas hemos experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes. Una reacción de ansiedad normal sería por ejemplo los hormigueos en el estómago cuando vamos a una cita importante, la tensión que se siente cuando el jefe está enojado, la taquicardia cuando nos sentimos en peligro. La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara para escapar. Es decir, se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño.

Sin embargo, como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad.

¿Qué son los trastornos de ansiedad?

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

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

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

Se debe considerar en todo momento la posibilidad de que el paciente esté sufriendo un trastorno de ansiedad cuando se presentan los síntomas que describiremos más adelante, y no sólo pensarlo cuando ya se han descartado todas las posibilidades, pues esto retrasa su detección y en el trayecto genera incertidumbre en el paciente y su familia. Lo mejor es evitar, en todo momento, señalar que el origen de los síntomas es producto de “los nervios”, ya que resulta ser desalentador y fomenta el estigma sobre los padecimientos mentales, no sólo en el paciente, sino en su familia, la cual es de suma importancia para el apoyo y el apego al tratamiento.

Siempre debemos dejar claro que los síntomas de ansiedad, en el caso del tema que nos compete ahora, están relacionados con alteraciones químicas del cerebro, tienen un componente hereditario y con frecuencia son precipitados por estrés en el ambiente.

Otro aspecto muy relevante es informar al paciente y su familia que el diagnóstico se realiza a través de la entrevista clínica, en ciertos casos lo hará el psiquiatra; y que no existen estudios de laborato-

rio, electroencefalograma o de imagen que lo hagan, más bien son una herramienta que tenemos los médicos para descartar otros padecimientos que sabemos que pueden aparentar un trastorno de ansiedad.

¿Cuáles son los trastornos de ansiedad?

Existen dos clasificaciones que se utilizan en todo el mundo para diagnosticar los trastornos mentales, una es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR) y otra son los Criterios Diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional las Enfermedades en su 10ª edición, en la sección de los Trastornos Mentales (CIE-10). Esta última tiene códigos que se utilizan en nuestro sistema de salud con fines estadísticos y de reporte de los trastornos mentales y de otras enfermedades. Los trastornos de ansiedad que se revisarán en esta guía, según la clasificación de la CIE-10 son:

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F41 Otros trastornos de ansiedad.

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

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

Es importante mencionar los códigos de identificación de los trastornos mentales en la CIE-10 para fines de reporte en el sistema de salud. En cada uno de los trastornos se señalará el código correspondiente; sin embargo nos basaremos en la clasificación del DSM-IV-TR para la evaluación y diagnóstico de cada uno de los trastornos que abordaremos en la guía. El DSM-IV-TR clasifica a los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
- Trastorno de ansiedad por separación (TAS)
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Trastorno de angustia (TA)

- Fobia específica (FE)
- Fobia social (FS)
- Trastorno por estrés post-traumático (TEPT)

Abordaremos cada uno por separado, revisando elementos fundamentales en la práctica médica general y la atención primaria en salud.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 2

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se define como una ansiedad y preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades cotidianos (ejemplo, responsabilidades laborales, fallas académicas menores, temas económicos y otros problemas de carácter menor) durante la mayoría de los días, al menos por un periodo de seis meses. Una característica de las preocupaciones en el TAG que la diferencia de las preocupaciones que cualquier persona puede tener es que son difíciles de controlar, son consideradas excesivas (aunque no siempre) y son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o acontecimiento temidos; además están asociadas a síntomas somáticos variados como sudoración de manos, temblor, tensión muscular, irritabilidad, alteraciones del sueño, cefalea y sensación de inquietud, y muchas veces pueden ser estos síntomas los más prominentes en los niños y los adolescentes.

Es muy importante hacer la distinción entre la ansiedad de otros trastornos que se revisarán más adelante, así como la ansiedad secundaria a consumo y/o abstinencia de sustancias o por una enfermedad médica. Como se ha mencionado, la ansiedad es el síntoma central y ocasiona deterioro en áreas importantes de la vida de la persona.

Criterios diagnósticos

El código de la CIE-10 para el TAG es el F41.1, se requiere la presencia de 6 criterios de 22 que contiene la clasificación, de esos 6, cinco son compartidos por el DSM-IV. Según el DSM-IV-TR, para hacer el diagnóstico de TAG se debe identificar, al menos un periodo de seis meses, la presencia de los siguientes síntomas, que son denominados criterios diagnósticos:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - (1) inquietud o impaciencia
 - (2) fatiga fácil
 - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - (4) irritabilidad
 - (5) tensión muscular
 - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de otro trastorno psiquiátrico; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés posttraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Etiología

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

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

Epidemiología

El TAG es una patología común y con gran frecuencia se encuentra en comorbilidad con otros trastornos mentales que pueden o no ser del espectro de los trastornos de ansiedad, como la fobia social, la fobia específica, el trastorno de angustia o del espectro depresivo. De 100 personas con TAG, más del 50% tendrán un diagnóstico psiquiátrico comórbido.

La proporción mujer-hombre en adultos de población general es de 2:1; sin embargo, esto cambia cuando hablamos de población clínica, donde se iguala la proporción 1:1. La edad de inicio es difícil de determinar, la mayoría de los pacientes con este trastorno indican que están ansiosos desde que son capaces de recordar. Debe mencionarse que los niños se afectan más que las niñas en la población pediátrica.

Los pacientes con TAG a menudo recurren a los médicos para el tratamiento de síntomas físicos, pero sólo un tercio de los pacientes buscan ayuda psiquiátrica.

Aspectos socioculturales

Criarse en una familia caracterizada por un patrón de todo o nada, de blanco o negro, probablemente se continuará sosteniendo en la adultez. Estas reglas severas pueden ir de la mano con exigencias desproporcionadas que suelen estar basadas en algún patrón cultural, moral, religioso o sectario inflexible. Muchos niños y adolescentes son valorados por sus padres como personas, sólo cuando se desempeño cumple con las expectativas de los mismos, por ejemplo, al obtener muy buenas calificaciones escolares o al desarrollar algún talento. La aprobación según el desempeño, lleva al niño o al adolescente a creer que una persona tiene valor únicamente cuando los padres son perfeccionistas y no sólo quieren que sus hijos aprueben con buenas notas, sino que además esperan de ellos la perfección.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

Para realizar la evaluación de un niño o adolescente con la sospecha de TAG se deben tener en cuenta los criterios diagnósticos mencionados, observando que se cumplan los síntomas en el número y el tiempo indicados. Como se ha enfatizado, en los niños y los adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen estar en relación con el rendimiento o la competencia en la escuela o el deporte, inclusive cuando no están siendo evaluados en su desempeño; también la puntualidad puede ser motivo de preocupaciones excesivas o los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear.

Los niños que presentan el trastorno pueden mostrarse abiertamente conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción, sienten que los resultados no son perfectos. Persiguen la aprobación de los demás y por lo tanto pueden mostrar un recelo característico; necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos contenidos en sus preocupaciones. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o de una situación a otra.

Se recomienda que cuando se trata de un niño menor de 12 años se entreviste primero a los padres y posteriormente al niño, al contrario de un adolescente, donde es mejor conversar con él primero. Durante la entrevista se debe platicar sobre los síntomas utilizando ejemplos de situaciones que le sean familiares y pidiéndole que describa o explique con mayor detalle cuando quede duda de algún síntoma. Hay que hacer notar que no es normal que sus preocupaciones afecten su relación con otras personas o su desempeño en la casa o en la escuela. Aunque no identifique la causa de su malestar, el médico debe plantearle que se trata de un trastorno que, como cualquier otra enfermedad, requiere de atención especializada.

No se recomienda comentar la información que le confió el niño o el adolescente a otros miembros de la familia o con otras personas a menos que él lo autorice y esté de acuerdo. El profesional de la salud debe buscar convencer al chico de hablar el problema con quienes puedan jugar un papel activo para dar soluciones. Algunas escuelas pueden contar con un departamento de apoyo psicológico, y el canalizar al chico con personal especializado debe ser una parte indispensable en la evaluación y el tratamiento.

Los dos tratamientos más efectivos son la terapia cognitivo conductual (TCC) y las intervenciones farmacológicas. Con el tratamiento, las personas mejoran de manera muy importante. En general se trata de aprender nuevas habilidades ante situaciones angustiantes. Se han evaluado también téc-

nicas de relajación con buenos resultados, pero se ha visto que la combinación de ambas técnicas proporciona mejor respuesta.

3

Trastorno de ansiedad por separación (TAS)

Es un trastorno de ansiedad que se presenta en general en niños y adolescentes, caracterizado por una ansiedad excesiva cuando no están con las principales personas a quienes están apegados, como los padres, los cuidadores o la pareja cuando es el caso, llegando a ser incapaces de quedarse solos, ir a la escuela o a algún otro lugar sin compañía. Estos chicos buscan estar siempre cerca de sus padres o cuidadores por miedo a la separación, pues temen que ocurra algo catastrófico como la muerte, un secuestro o un accidente grave, temas de los cuales frecuentemente presentan pesadillas.

Aunque en el desarrollo normal estas características pueden aparecer, inician alrededor de los 7 meses de edad, alcanzan su mayor intensidad después del primer año de vida y van disminuyendo alrededor de los 2 años y medio de edad. Cuando ocurre después de esta etapa se considera anormal.

Criterios diagnósticos

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

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
 - 1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
 - 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
 - 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (por ejemplo, extraviarse o ser secuestrado).
 - 4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
 - 5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares, negativa o resistencia persistente a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a dormir fuera de casa.
 - 6. Pesadillas repetidas con temática de separación.
 - 7. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno post psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Se debe especificar si es de inicio temprano cuando los síntomas tienen lugar antes de los 6 años de edad.

Etiología

Como ocurre en otros trastornos mentales, el TAS es multicausal. En los que respecta a los factores biológicos se ha descrito que existe un desequilibrio en dos neurotransmisores principalmente: la norepinefrina y la serotonina. Estudios en gemelos monocigotos han sugerido un importante componente genético para desarrollar los trastornos de ansiedad, y en hijos de padres con trastornos de ansiedad es más frecuente encontrar un diagnóstico del espectro ansioso. Por ejemplo, hijos de padres con agorafobia tienen especial riesgo de desarrollar TAS.

La personalidad también es un factor de riesgo para la presencia de TAS. Los chicos con un temperamento conocido como “inhibición conductual”, manifestado por temor y rechazo a nuevas situaciones, tienen más probabilidad de presentar TAS.

Epidemiología

El TAS es un problema común, y con frecuencia encontramos historia familiar de TAS. En diferentes estudios epidemiológicos se ha calculado una prevalencia que va del 0.6% al 6%, y aunque no hay diferencias significativas por sexo, hay un ligero predominio en las niñas.

Se ha observado que más de 90% de los estudiantes con este trastorno pueden tener historia de ausentismo escolar, pero no hay estudios a gran escala sobre ello desde el punto de vista psiquiátrico.

Aspectos socioculturales

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

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

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

En ciertos ambientes socioculturales se maneja la medida correctiva consistente en la amenaza de abandono por parte de los padres, como “si te portas mal te dejo o te regalo” cuando el niño desobedece, lo que le genera temor sobre la posibilidad de ser separado de sus padres.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

Cuando nos encontramos frente a un niño o adolescente del que se sospecha que pueda estar presentando TAS es muy importante comentar los síntomas para que los identifique como parte de algo anormal. Podemos dirigir la conversación con las siguientes preguntas: ¿Has notado que eres de las personas que se preocupan demasiado por que algo les pueda pasar a tus seres queridos, como tus padres o hermanos? ¿Crees que estas preocupaciones no te permiten estar tranquilo y aumentan cuando vas a quedarte solo en casa o debes salir sin ellos? ¿Crees que es muy difícil para ti quedarte solo en casa, a pesar de que ya no eres un niño? ¿Te parece justificado estar así de preocupado? ¿Crees que cualquier chico de tu edad estaría igual de preocupado sobre eso como tú lo estás? ¿Qué piensas sobre eso que te pasa?

Se deben elaborar preguntas sencillas y fáciles de entender en el contexto del niño o el adolescente para evaluar cada uno de los criterios diagnósticos y la información debe ser manejada con mucha discreción. No debe revelarse, a menos que el niño o adolescente lo autorice, y como se ha mencionado en las recomendaciones para el TAG, los padres o algunos familiares con quienes el menor vive deben ser informados sobre el padecimiento y la importancia de ser atendido por un médico especialista en salud mental.

Como se mencionó, en el caso del TAG la información obtenida del niño o del adolescente es complementaria con la de los padres. En el caso del TAS, los padres pueden ofrecer información importante, en situaciones que el niño o el adolescente se pase a dormir a la cama de los padres, no pueda dormir con la luz apagada o bien busque dormir con alguien más en la habitación, inclusive con mascotas.

4 Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

La característica central de este trastorno es la presencia de dos síntomas específicos: obsesiones y compulsiones. Estas son lo suficientemente graves para ocasionar un intenso malestar, una gran pérdida de tiempo en su realización y una interferencia significativa en la rutina habitual. Las obsesiones son pensamientos o imágenes recurrentes, que ocasionan mucha ansiedad y son involuntarios. Las compulsiones son comportamientos o actos mentales repetitivos, ritualísticos generalmente encaminados a disminuir la ansiedad ocasionada por las obsesiones, que frecuentemente van en congruencia con ellas, pero que también pueden no tener una relación lógica con las obsesiones.

Criterios diagnósticos

El código de la CIE-10 para el trastorno obsesivo compulsivo es el F42. En esta clasificación se distinguen obsesiones de compulsiones en función de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones). Además, los criterios diagnósticos de la CIE especifican una duración mínima de los síntomas de por lo menos 2 semanas. El DSM-IV establece esta diferencia dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce ansiedad o malestar o si previene o reduce dichos síntomas; es decir, en el DSM-IV pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo, que según la CIE-10 se considerarían obsesiones. El inicio de esta guía se menciona la subclasificación del TOC según la CIE-10, la cual depende del predominio de las obsesiones o las compulsiones.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR son los siguientes:

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ejemplo, preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades

o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Cuando se señala “con poca conciencia de enfermedad”, se refiere a que durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Etiología

Factores biológicos: Muchos estudios han demostrado que el tratamiento farmacológico es efectivo en el control de los síntomas obsesivo-compulsivos, lo que apoya la hipótesis de que existe una alteración a nivel de la bioquímica cerebral. Como en otros trastornos, la serotonina juega un rol muy importante en la fisiopatología del TOC, pero aún no se ha logrado dilucidar plenamente su participación. La tomografía por emisión de positrones (TEP) y la resonancia magnética (RM) han mostrado cambios en la actividad de áreas específicas del cerebro como los lóbulos frontales, los ganglios basales y el cíngulo de los pacientes con TOC. Los estudios genéticos confirman la hipótesis de que este trastorno tiene un componente genético significativo, pues la concordancia en gemelos monocigotos es mayor que en los dicigotos y se ha visto altamente asociado con el antecedente familiar de síndrome de Tourette (un trastorno por tics múltiples motores y vocales), mayor que en la población general.

Factores conductuales: Se ha considerado la teoría del aprendizaje para entender la presencia de este trastorno, considerando las obsesiones como estímulos condicionados. Este proceso se explica de la siguiente manera: existe un estímulo neutral que se asocia a un miedo o a emociones de ansiedad a través de un proceso de condicionamiento, es decir que se atribuye a ese estímulo neutro las características de nocivo o generador de ansiedad porque se empareja la aparición del miedo y la ansiedad a la ocurrencia del estímulo que originalmente era neutro.

Las compulsiones se establecen mediante mecanismos diferentes. Cuando el chico descubre que cierta acción reduce la ansiedad asociada al pensamiento obsesivo desarrolla estrategias, con la finalidad de evitar o disminuir tales pensamientos, en forma de compulsiones.

Epidemiología

Este trastorno afecta de 1 a 3% de la población de niños y adolescentes, lo que coloca a este trastorno dentro de las enfermedades mentales más frecuentes en conjunto con las fobias, la depresión y los trastornos por consumo de sustancias (drogas).

Hay dos momentos de la vida en que se puede iniciar este trastorno, el más frecuente que es en adultos jóvenes y afecta igualmente hombres y mujeres. Y el de inicio temprano (infancia y adolescencia) donde se ha observado que afecta más frecuentemente a varones (75% de los pacientes menores de edad son varones) que a mujeres entre más temprano inicia. Esta diferencia puede deberse a factores asociados al sexo que confieren vulnerabilidad a los varones, en quienes la edad de inicio va de los 6-15 años y en las mujeres de los 20-29 años. El promedio de tiempo que transcurre para que una persona que presenta el TOC reciba tratamiento es de 7.5 años. Alrededor del 15% de los pacientes con TOC muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales y aproximadamente un 5% sigue un curso de carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos de exacerbación de síntomas.

Una consideración especial requieren los síntomas obsesivo-compulsivos secundarios a una respuesta autoinmune en sujetos genéticamente vulnerables con el antecedente de Corea de Sydenham, una variante neurológica de la fiebre reumática, en respuesta a la infección por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (GABHS por sus siglas en inglés). En estos chicos aparecen cambios dramáticos en la personalidad, como irritabilidad, labilidad emocional, ansiedad de separación, además de la corea, tics, obsesiones y compulsiones, quizás por una disfunción, adquirida por la infección, en los ganglios basales. Esto ha sido descrito bajo el acrónimo de **PANDAS**, por las siglas en inglés Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections. Se caracteriza por un inicio prepuberal del TOC acompañado de tics o los tics solos, con severidad de curso episódico, que va de la mano de la exacerbación de la infección por GABHS.

Aspectos socioculturales

En ciertas culturas existen comportamientos ritualísticos que en sí mismos no se pueden considerar un trastorno obsesivo compulsivo. Los rituales son patológicos cuando van más allá de un comportamiento culturalmente aceptado, es decir, que se lleva a cabo en lugares y momentos que su entorno social considera inapropiados y que interfieren marcadamente con las relaciones sociales del chico, por lo que siempre hay que estar atentos al entorno en el que desenvuelve el niño o adolescente que estamos evaluando.

Debido al desarrollo del pensamiento, frecuentemente los niños no consideran sus obsesiones como absurdas y por lo tanto no piden ayuda. Esto ocasiona que sean los padres quienes los detectan y llevan al chico a consulta. Al igual que los adultos, los menores suelen hacer las compulsiones en casa, cuando nadie los ve.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

Las obsesiones y compulsiones pueden ir cambiando a lo largo del tiempo; sin embargo cabe mencionar que para los niños los rituales de lavado, comprobación y orden son particularmente frecuentes. Las obsesiones y compulsiones pueden ser muy variadas pero se han identificado cuatro subtipos sintomáticos principales:

Contaminación/Lavado. El patrón más común es la obsesión de contaminación es decir, ideas de poder contaminarse o quedar contaminado. Los pacientes con obsesiones de contaminación suelen creer que esta contaminación se extiende de un objeto a otro o de una persona a otra con el contacto mínimo. Como compulsión se presenta lavado o limpieza exagerada, acompañados de la evitación compulsiva del objeto supuestamente contaminado. Los pacientes pueden lastimarse las manos por lavárselas en exceso.

Revisadores. Otro subtipo común con obsesiones de duda, seguida por la compulsión de comprobar. Este subtipo también suele implicar obsesiones de contenidos agresivos con temor a dañar a otros por no ser cuidadoso (como olvidarse de cerrar el gas o no cerrar la puerta). La comprobación, por ejemplo, puede implicar volver a casa múltiples veces para comprobar si cerró el gas. Los pacientes tienen una auto-desconfianza obsesiva y siempre se sienten culpables de haberse olvidado o haber hecho algo. El tener estos pensamientos no implica que sean personas que quieran o que pueden llegar a lastimar a otros, se debe recordar que son pensamientos que la misma persona reconoce como ilógicos y por ello nunca los haría realidad.

Obsesiones puras. Este subtipo se refiere principalmente a la presencia de obsesiones sin compulsión. Estas obsesiones suelen ser pensamientos repetitivos con contenidos sexuales (los más frecuentes en la adolescencia) o religiosos que el paciente considera reprobables. Los pacientes con este tipo de obsesiones generalmente se sienten muy culpables y buscan confesarse con sacerdotes. No significa que sean degenerados o perversos, estas obsesiones no les generan placer ni satisfacción, por el contrario les generan ansiedad muy intensa.

Atesoradores. El cuarto patrón más común es la obsesión como necesidad de guardar objetos sin interés por el valor económico “por si lo necesito”, lo que puede conducir a una compulsión de acumular sin control y aún a expensas de ocupar mucho espacio.

Cuando nos encontramos ante un niño o adolescente que manifiesta conductas compulsivas y platicamos con él, además encontramos obsesiones, es importante explicarle que no tiene que avergonzarse o sentir culpa, porque tener esos síntomas no significa que él los esté produciendo. Para realizar el diagnóstico, como se ha insistido, el chico debe presentar el número de síntomas, durante el tiempo establecido en los criterios diagnósticos. En la entrevista se puede utilizar el siguiente ejemplo “Me he dado cuenta de que tienes que realizar varias conductas que son exageradas o repetitivas (lavarse las manos varias veces o por tiempos prolongados, revisar y ordenar las cosas una y otra vez las cosas, rezar, contar o repetir conductas, como pasar por el mismo lugar o guardar cosas y acumularlas). Cuando una persona está presentando estas conductas es porque seguramente está teniendo pensamientos, imágenes o ideas repetitivas en forma de temores que no se pueden quitar de la cabeza ¿Reconoces que tienes pensamientos que no desearías tener y eso te hace repetir ciertas conductas? ¿Qué piensas que está provocándote esto?”.

Como ya se ha mencionado, a veces los niños o adolescentes no reconocen sus síntomas como absurdos o ilógicos, pero les generan miedo, vergüenza o se sienten culpables por ello, los ocultan a los demás. En muchos casos, hasta que las conductas compulsivas son muy intensas, los adolescentes acuden a consulta llevados por sus familiares o acuden sin avisar a la familia.

Aún así se podría afirmar: Cuando alguien tiene que realizar conductas repetitivas o rituales que considera excesivos y que quitan mucho tiempo (compulsiones) y son resultado de pensamientos o imágenes o impulsos que no se pueden quitar de la mente, quitan mucho tiempo y la persona reconoce que son absurdos o tontos (obsesiones), se está presentando un trastorno de ansiedad muy frecuente, pero que se oculta, que se llama trastorno obsesivo compulsivo, el cual puede agravarse o complicarse y durar mucho tiempo si no se trata.

No se recomienda comentar con otras personas la información que le confió el menor, a menos que él lo autorice y esté de acuerdo. Busque convencer al menor de hablar del problema sobre todo con quienes puedan jugar un papel activo para dar soluciones. Se debe canalizar al niño o adolescente para recibir evaluación y tratamiento.

5

Trastorno de angustia (TA)

Este es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la aparición súbita e inesperada de varias crisis de angustia (también llamadas de pánico), seguidas de un periodo al menos de un mes con

ansiedad constante relacionada con el temor de que vuelva a presentarse la crisis y a las posibles consecuencias catastróficas de las mismas, lo que ocasiona que el niño o adolescente cambie su comportamiento. Estos síntomas causan disfunción en la vida cotidiana del chico y le ocasionan un malestar y sufrimiento importantes. Las crisis de angustia no son precipitadas por factores ambientales, no existe un motivo que justifique la aparición de dichos síntomas y su frecuencia suele ser variable. Generalmente tienen una duración no mayor de 60 minutos, con el punto máximo de malestar en los primeros 10 minutos. Un porcentaje de pacientes con estos síntomas suelen experimentar además un temor intenso a exponerse a situaciones en las que quizás no puedan recibir ayuda o escapar en caso de tener una crisis, conocido como agorafobia.

Criterios diagnósticos

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la crisis de angustia son idénticos a los del DSM-IV, excepto en el hecho de que la CIE-10 incluye un síntoma adicional: boca seca. A diferencia del DSM-IV, el diagnóstico de trastorno de angustia que propone la CIE-10 exige que por lo menos uno de los síntomas corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca. La CIE-10 al menos 4 crisis en un período de 4 semanas, mientras que el DSM-IV, sólo el que las crisis de angustia resulten clínicamente significativas, sin especificar un número de crisis por tiempo determinado. El código de la CIE-10 para el trastorno de pánico (o también llamado trastorno de ansiedad paroxística episódica) es el F41.0.

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

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

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. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

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

Existen tres tipos de crisis de angustia, la crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), las crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y las que pueden o no aparecer con estímulos situacionales. En el TA se requiere que existan crisis de angustia inesperadas. Las crisis de angustia no son un diagnóstico aislado, no puede establecerse como tal, pues es una manifestación que depende de la presencia de otro trastorno, como el TA o las fobias, donde al exponerse al objeto de la fobia se desencadena una crisis de angustia.

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

A. Se cumplen (1) y (2):

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

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

Etiología

La investigación sobre las bases biológicas del trastorno de angustia ha proporcionado una gran diversidad de hallazgos, en los que existe una alteración en la estructura y funcionamiento cerebrales que tienen que ver con los sistemas de alarma naturales. El principal neurotransmisor relacionado es la norepinefrina, que se libera en el cerebro en situaciones de emergencia reales. Otros neurotransmisores asociados con la serotonina y el ácido gama-aminobutírico (GABA), especialmente en los receptores a estos neurotransmisores, con una probable reacción de hipersensibilidad.

Diversos estudios han encontrado un riesgo cuatro veces mayor de padecer trastornos de angustia entre los familiares de primer grado de los pacientes con este trastorno. Además, se ha reportado que la presencia de TA en familias con múltiples afectados hace que se disminuya el tiempo en que aparecerá el primer afectado de pánico en las siguientes generaciones, en otras palabras, mientras más afectados hay en una familia, la edad de inicio de aparición de síntomas en las siguientes generaciones es cada vez más temprana.

Los factores psicosociales, según las teorías conductuales, están relacionados con conductas aprendidas, ya sea por imitación de los padres o por el condicionamiento. Las teorías establecen que si durante un estímulo nocivo que ocasiona pánico se presenta de manera simultánea un estímulo neutro (como estar en un autobús), se genera una asociación de nocivo con el estímulo originalmente neutro.

Otros factores que contribuyen: Una historia infantil generadora de una personalidad dependiente o temerosa, más predispuesta de lo común a asustarse de situaciones o señales internas o externas que tiende a asociar con peligro.

Epidemiología

El trastorno de angustia o también llamado trastorno de pánico tiene una prevalencia aproximada de 2% de la población y es más común en las mujeres que en los hombres. El trastorno de angustia sin agorafobia se diagnostica dos veces más en mujeres que en varones, mientras que esta relación es 3 a 1 para el trastorno de angustia con agorafobia. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza al final de la adolescencia o en los adultos jóvenes. No todos los que sufren crisis de angustia desarrollan el TA, existen muchas personas que sufren un ataque y nunca vuelven a tener otro en su vida. Se estima que la depresión se presenta como la principal comorbilidad, del 40% al 80% de los casos, y durante una crisis de pánico se han reportado actos suicidas. En los chicos con este trastorno, el rendimiento escolar y la interacción familiar están gravemente afectados.

Aspectos socioculturales

Se pueden considerar como desencadenantes las situaciones relacionadas con estresores dependientes del ambiente social o el entorno cultural que son estresantes, tales como cambios de actividad, mudanzas, viajes, conflictos amorosos, separaciones en los padres o las figuras de cuidado, incertidumbre laboral, dificultades económicas familiares, desempleo familiar, exámenes, muerte de personas significativas, robos, agresiones, etcétera. Un niño o adolescente que está inmerso en un ambiente generador de ansiedad y estímulos nocivos, que además se ve envuelto de forma cercana, él mismo o su familia, en una situación peligrosa o estresante que le provoca un ataque de pánico por primera vez, tiene un nuevo motivo para aumentar su ansiedad: el miedo a volver a padecerlo. Con este antecedente aumenta su vigilancia, junto con sus señales de ansiedad, haciendo más probable el próximo ataque y así sucesivamente.

En algunas culturas, las crisis de angustia pueden caracterizarse por un intenso temor ante la brujería o la magia. Algunos grupos culturales o étnicos restringen la participación de la mujer en la vida pública, lo que debe diferenciarse de la agorafobia.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

Cuando un niño o un adolescente acude a consulta o es llevado por sus padres debido a síntomas de ansiedad que hacen sospechar de TA, es importante conversar con él para explorar las cualidades de los síntomas, el tiempo de evolución, el deterioro que le ocasionan, las ideas que tiene alrededor de su padecimiento, los temores del chico y su familia. Se debe enfatizar que a pesar de que pueda sentir un temor muy intenso a las consecuencias de las crisis, éstas no son fatales y se autolimitan en algunos minutos.

Siempre debe ser descartada cualquier enfermedad no psiquiátrica que explique las crisis de angustia, como distiroidismo, consumo de sustancias, alteraciones metabólicas, etcétera, pues la ausencia de una causa médica o por efecto de una sustancia que puede generar esos síntomas es uno de los criterios para pensar en un TA.

A veces resulta complicado definir si el paciente ha tenido o no verdaderas crisis de angustia. Debe-

mos ser claros en las preguntas y puntualizar que los síntomas se presentan simultáneamente, de forma repentina e inexplicable, pues los chicos con problemas de conducta y que hacen berrinches o pierden el control pueden ser confundidos con personas que pasan por una crisis de angustia. Aunque en este caso hay un factor desencadenante, generalmente un evento frustrante que lo irrita. El chico con crisis de angustia se muestra intensamente preocupado por la aparición del ataque de pánico y es claro que no fue secundario a un estímulo externo.

De forma concomitante a las crisis de pánico y las preocupaciones centradas en ellas, muchos chicos pueden presentar sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que no contienen temas de una situación o acontecimiento específico o pueden tener otras crisis menos intensas o con menos síntomas de los requeridos en los criterios diagnósticos. A estas crisis las podemos calificar como crisis de angustia limitadas.

Se recomienda que el personal de salud haga saber al chico que entiende cómo se siente al presentar este padecimiento y que ahora habrá un equipo trabajando en su atención y apoyo. También se le debe mencionar que se trata de una enfermedad que él no provoca, sino que su cuerpo, experimenta miedo en ausencia de un estímulo externo. Es necesario que el paciente y la familia estén enterados de que es potencialmente tratable y que con el tratamiento hay grandes posibilidades de que ya no se presenten los síntomas. Debemos invitar a sus padres a identificar los factores que contribuyen a perpetuar los síntomas y a corregirlos. En caso necesario de debe canalizar a los padres o familiares cercanos a atención en salud mental.

6

Fobias: fobia específica (FE) y fobia social (FS)

Una fobia se caracteriza por un miedo que adquiere una dimensión patológica, irracional y desproporcionada que produce la evitación consciente del objeto, actividad o situación temida.

Generalmente el miedo es reconocido como excesivo e incontrolable, lo que le ocasiona al niño o adolescente un estrés grave ante la posibilidad de enfrentarlo. Estos síntomas, como ocurre en todos los trastornos mentales, ocasionan una alteración en la capacidad para funcionar normalmente.

Las fobias se dividen en dos grandes grupos: **Fobia específica (FE) y fobia social (FS)**. La fobia específica consiste en un miedo intenso y continuo, de características excesivas e irrazonables, es provocado por la presencia o anticipación de la posibilidad de exponerse a un objeto o situación específica. Estos objetos o situaciones pueden ser muy variados:

- Tipo animal (arañas, cucarachas, ratones, perros, aves, serpientes, gatos)
- Tipo ambiental (oscuridad, tormentas, alturas, agua, relámpagos)
- Tipo situacional (elevadores, aviones, lugares cerrados, túneles, puentes, entre otros)
- Tipo sangre-inyecciones-daño
- Otros tipos (sonidos intensos o personas disfrazadas)

La fobia social se caracteriza por el temor intenso y persistente a situaciones sociales o a ser el centro de atención, como hablar, comer o escribir en público, utilizar baños públicos, asistir a fiestas o entrevistas. No se limita a un lugar específico, sino a cualquier sitio.

Criterios diagnósticos

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

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada.
Nota: En los niños, la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Según la CIE-10 el código para la FS es el 40.1. Igual que para la FE, requiere la presencia de al menos dos síntomas vegetativos de los citados para las crisis de angustia, y dos de los siguientes: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar, así como limitarse a las situaciones temidas. Los criterios de FS según el DSM-IV-TR son:

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

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

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

Etiología

La causa exacta de las fobias es aún desconocida y las propuestas más aceptadas son las que tienen en cuenta la interacción entre factores biológicos, genéticos y psicosociales.

Factores biológicos: no es la excepción el caso de las fobias en las que la vulnerabilidad biológica asociada a altos niveles de estrés resultan en la manifestación de los síntomas. Hay individuos más resistentes al estrés que otros, y probablemente este umbral está disminuido en los sujetos que presentan un tipo de fobia, lo cual está determinado biológicamente. También se ha observado un patrón familiar, lo que puede orientar a un componente genético.

En cuanto a la fobia social existen varios estudios que apoyan un componente genético. Este componente es denominado inhibición conductual y se considera un factor de riesgo alto para desarrollar fobia social. Los niños y adolescentes conductualmente inhibidos se molestan fácilmente o temen a situaciones o cosas no familiares. Por otro lado estudios de imagen cerebral demuestran una mayor activación de la amígdala (estructura cerebral que controla las respuestas al miedo) y menor actividad en las regiones frontales de la corteza cerebral. Bioquímicamente también se ha asociado a desequilibrio de sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el dopaminérgico y el gabaérgico.

Factores psicosociales: un miedo irracional a un objeto o situación como en la FE se puede adquirir por medio de la asociación de una experiencia temerosa con un objeto o situación en particular. También se puede adquirir por evitar constantemente el miedo irracional para no enfrentarse con un objeto o una situación temida. En el caso de la FS, algunas investigaciones han propuesto que puede tratarse de una conducta aprendida por observación e interacción con otros que experimentan la misma ansiedad. Otro factor de riesgo son los padres controladores y sobreprotectores, probablemente no sean capaces de identificar la ansiedad que experimentan sus hijos o peor aún, lo consideren normal. Hay chicos que han desarrollado FS posterior a una experiencia social vergonzosa pública. Otros factores psicosociales con la concomitancia son problemas de lenguaje, conflictos familiares o presencia de abuso de cualquier tipo.

Epidemiología

La prevalencia de FE reportada en la literatura varía según los umbrales utilizados para determinar

aspectos de deterioro ocasionados por el trastorno. En la población general, la tasa de prevalencia anual es alrededor del 9%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida se reporta entre el 10 y el 11.3%. La frecuencia según el sexo varía según el tipo de fobia específica. El mayor porcentaje de los pacientes con FE son mujeres.

La prevalencia de la FS va entre el 3 y el 13%. Un 20% de la población puede tener miedo excesivo a hablar en público, sin que llegue a cumplir criterios de FS. La prevalencia de la FS en población clínica, es decir, pacientes que están asistiendo a un centro de atención en salud mental por un trastorno de ansiedad, es de 10 al 20%. No existe diferencia entre sexos cuando se trata de población clínica; sin embargo en la población general hay un predominio en el sexo femenino.

Aspectos socioculturales

El miedo a los espíritus o a la magia existe en muchas culturas y sólo debe considerarse una fobia específica cuando éste es excesivo según el contexto social y si provoca malestar y deterioro. Los niños pueden no reconocer que sus miedos son excesivos o irracionales, rara vez expresan por sí mismos malestar por la fobia, y frecuentemente las fobias que aparecen en la infancia son de carácter transitorio.

En algunas culturas, sobre todo asiáticas, el temor excesivo puede ser ofender a los demás en situaciones sociales, en vez del temor a pasar humillación.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

Para diagnosticar las fobias es necesario que se cumplan los criterios mencionados, en número y tiempo. Los chicos pueden expresar llanto, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos, negativa a mantener contacto con los demás o inclusive mutismo (se niegan a hablar con cualquier persona). Cuando el niño es un poco mayor o adolescente, puede ocurrir que se muestre tímido en exceso cuando se encuentra en ambientes no familiares, que se rehúse a participar en juegos de equipo o que prefiera permanecer cercano a los familiares de mayor edad. Generalmente, los niños presentan un deterioro en el rendimiento escolar pues implica participación en grupo y tareas donde se ve envuelto en situaciones sociales que le generan fobia.

No deben confundirse las conductas evitativas de otros trastornos como: el miedo a la suciedad en un chico con TOC; en el trastorno por estrés postraumático, la evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento traumático; la evitación de ir a la escuela en el TAS; la evitación al contacto social en un chico con un trastorno generalizado del desarrollo del espectro autista o con esquizofrenia. Tampoco con el temor intenso a hablar en público que puede tener un chico quien presenta tartamudez o quienes tienen un trastorno alimentario y muestran mucha angustia al tener que comer.

Es muy importante comentarle al paciente, a sus padres y a otros miembros de la familia que para atender una fobia en un trastorno de ansiedad, es necesario ayudar al paciente a identificar qué le está afectando en su vida cotidiana y que el tratamiento consta de varias intervenciones: farmacológicas, psicoterapéuticas y educativas, a nivel individual y generalmente familiar.

También es muy útil, hacer contacto con los maestros del chico para dialogar sobre las estrategias para su manejo en el salón de clases porque se fomenta la comunicación y el apoyo al menor en diferentes áreas de su vida.

El Trastorno de Estrés Postraumático es un trastorno de ansiedad que pueden sufrir niños, adolescentes o adultos. Después de haber experimentado o haber sido testigo (También en niños, sólo haber escuchado que a alguien le ocurrió) de un hecho traumático, un accidente, un desastre natural o una situación violenta, el chico reacciona con mucho miedo e impotencia y continúa reviviendo esta sensación después de un mes o más, y trata de evitar todo aquello que se lo recuerde. Los recuerdos se desencadenan ante varias situaciones similares y frecuentemente se presentan pesadillas con contenido del evento traumático. Hay quienes también pueden experimentar “flashbacks”, consisten en revivir el momento como si estuviera ocurriendo de nuevo, de una manera tan real que genera todo el terror que vivió.

Criterios diagnósticos

La CIE-10 codifica al TEPT como F43.1, y en esta clasificación el evento traumático debe serlo para cualquier individuo y no considera indispensable el incremento de activación, sino que puede ser sustituido por la incapacidad de recordar aspectos del evento traumático. La CIE-10 tampoco establece una duración mínima. Según el DSM-IV-TR, el TEPT presenta las siguientes características diagnósticas, y para realizar el diagnóstico deben cumplirse en número y tiempo:

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido las siguientes dos condiciones:
 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.
Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

- B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente mediante una o más de las siguientes formas:
 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
 2. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 3. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar.
 4. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 5. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
 6. **Nota:** Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.
 7. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 8. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor)
 7. Sensación de un futuro desolador
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
 2. Irritabilidad o ataques de ira
 3. Dificultades para concentrarse
 4. Hipervigilancia
 5. Respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Es necesario hacer la especificación sobre la duración de los síntomas en relación con la ocurrencia del acontecimiento traumático en agudo si los síntomas duran menos de 3 meses o crónico si los síntomas duran 3 meses o más. Además si fue de inicio demorado, es decir, que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Etiología

La causa principal del TEPT, desde luego, es el evento traumático, sin embargo no necesariamente ese evento debe ser considerado traumático para todas las personas, sino que tiene que ver con la interpretación que le da el chico, el valor y el significado que le otorga al suceso.

Hay factores biológicos que se han identificado que pueden contribuir a que una persona que ha sufrido un evento traumático desarrolle TEPT, como la disfunción de la amígdala, estructura cerebral del sistema límbico que está involucrada en la expresión de las emociones, principalmente el miedo y las reacciones fisiológicas que le acompañan, tales como la taquicardia y el incremento del tono vascular.

Normalmente el organismo reacciona ante el miedo y el estrés con la liberación de norepinefrina, epinefrina y cortisol, pero cuando una persona, y en este caso, un niño o adolescente, está expuesto a un trauma repetitivo y severo esta respuesta altera el funcionamiento cerebral y contribuye a la aparición de los síntomas de TEPT. Se ha encontrado que los chicos con el trastorno, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, está hiperactivo y frecuentemente tienen el antecedente familiar de trastornos de ansiedad.

Los factores psicosociales que contribuyen al TEPT son los traumas previos y su severidad, el tiempo expuesto al trauma, la carencia de apoyo adecuado después del trauma, el antecedente de abuso físico, psicológico o sexual, abandono, la habilidad del chico para sobrellevarlo y la dinámica familiar disfuncional.

Epidemiología

El TEPT tiene una prevalencia del 1% en la población general, con predominio en las mujeres; sin embargo hay estudios que han reportado prevalencias más altas en adultos jóvenes, hasta 9.6%. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más común en adultos jóvenes. Los síntomas pueden iniciar meses o años después de haber experimentado el trauma.

Según algunos estudios, hasta el 30% de las víctimas de grandes desastres experimentan algún síntoma postraumático; otros síntomas que frecuentemente se observan son sentimientos de culpa por haber sobrevivido, culpa por no haber sabido evitar la experiencia traumática, tristeza, ansiedad, crisis de angustia e ira. También se ha encontrado en comorbilidad con trastorno depresivo y otros trastornos de ansiedad como el TOC, el TA y la FS, en menor grado con trastorno por uso de sustancias y conductas autolesivas o intentos suicidas.

Aspectos socioculturales

Desafortunadamente vivimos en una sociedad plagada de violencia, donde los menores están expuestos a guerras, asaltos, secuestros, tortura, maltrato físico, abuso sexual y accidentes automovilísticos, y como se ha mencionado, en los niños y adolescentes no es necesario que hayan vivido o estado presentes en el evento, sino que con sólo haberlo escuchado o visto en la televisión puede ocasionarles una experiencia traumática.

Los chicos que han tenido que migrar con sus familias o solos de sus lugares de origen debido a conflictos civiles o disturbios sociales en ocasiones no hablan mucho de las experiencias traumáticas que los hicieron migrar, lo que los hace más vulnerables de presentar TEPT.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

Cuando un chico es llevado a consulta porque ha presentado síntomas de ansiedad o cambios en su comportamiento que pudieran ser compatibles con un TEPT es importante identificar si son resultado de una experiencia traumática, aunque no sea reciente, como un accidente automovilístico, un asalto, un terremoto, una noticia inesperada de enfermedad seria o muerte de un ser querido, y si hubo algo que le hiciera recordarla, si ocurrió hace mucho tiempo. Además, se debe explorar si ante esa situación el chico experimentó horror o angustia intensa, aunque para otras personas no hubiera sido así.

En los niños mayores, las pesadillas del evento traumático pueden convertirse con el paso del tiempo en pesadillas generalizadas, es decir, que ya no sólo contienen temas del evento traumático, sino que pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas a ellos o personas queridas. Los flashback no suelen presentarse en los niños, en ellos hay que buscar juegos de carácter repetitivo o dibujos con alusión al evento, y preguntar a los padres y maestros sobre cambios en el interés de sus actividades lúdicas y cotidianas, pues a los niños les es difícil expresar la disminución de su interés por las actividades importantes para ellos. Los chicos pueden elaborar la creencia de que tienen una capacidad para pronosticar eventos futuros catastróficos y frecuentemente se quejan de varios síntomas somáticos como dolor de cabeza o de estómago.

Se debe hacer notar al niño o adolescente que no es normal que estos síntomas de ansiedad afecten su relación con otras personas o su desempeño académico, y aunque ellos no detecten la causa de su malestar se les debe indicar que requieren una atención especializada que les ayudará a disminuir su ansiedad. Se recomienda afirmar al niño o adolescente, como en el ejemplo siguiente:

Cuando una persona vive una experiencia muy traumática en la que reaccionó con mucho miedo puede iniciar, en ese momento o tiempo después, una serie de malestares como no poder dejar de pensar en lo que pasó a pesar de que lo intenta, y no sólo eso, sino que lo puede recordar en pesadillas. Además puede evitar todo lo que se relacione con ese suceso, estar muy inquieto y sobresaltarse. Seguramente está presentando un trastorno de ansiedad que se llama Trastorno por Estrés Postraumático, que requiere ser valorado y tratado.

La información obtenida del niño o del adolescente debe manejarse con mucha discreción, y sólo se informará a otra persona si el chico lo autoriza. Si el chico fue víctima de abuso sexual, se le debe escuchar y creer en su versión del suceso, es importante no sobrerreaccionar, no obligarlo a hablar si no lo desea ni confundirlo con muchas preguntas, sino motivarlo a que lo describa con sus propias palabras. Es importante crear un ambiente de entendimiento hacia el niño o adolescente y mencionarle que ante esa situación el médico debe dar aviso a los padres y a las autoridades de una forma suave, pero clara y orientar a los padres para apoyar al chico, señalándoles que su reacción puede ser a veces más traumática que el abuso mismo.

Características generales del tratamiento



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

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

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

En el TOC se requiere un tratamiento farmacológico por tiempo indefinido para mantener la estabilidad. Los estudios han demostrado que cuando se suspende el tratamiento farmacológico después de un tiempo de estabilidad de síntomas de al menos un año, hay recaída de síntomas del 90% de los pacientes en las primeras 7 semanas. Un porcentaje de los pacientes, alrededor del 20%, permanece refractario a múltiples tratamientos.

En los pacientes con TA puede ocurrir que, a pesar de que ya se han controlado las crisis de angustia

de manera farmacológica, los cambios conductuales persisten. Por ese motivo las intervenciones psicoterapéuticas son de suma importancia porque implementan estrategias del manejo de la ansiedad que son herramientas prácticas que el chico puede utilizar, mejoran la autoconfianza y refuerzan la sensación de control sobre sí mismos.

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

Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad

El tratamiento tradicional de los trastornos de ansiedad comprende intervenciones psicosociales, como la psicoterapia individual combinada con terapia familiar y orientación a los padres, además del tratamiento farmacológico. En el tratamiento farmacológico se han utilizado principalmente los inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS). El tratamiento varía según el trastorno de ansiedad presente y la comorbilidad. En el TAG, por ejemplo, puede ser tan corto como de 6 a 12 meses, a diferencia del TOC donde el tratamiento es por un tiempo indefinido.

¿Qué evidencia existe en el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad?

Existe evidencia para considerar a los ISRS como los fármacos de elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Estudios aleatorizados recientes, placebo controlados han establecido que la farmacoterapia con este tipo de antidepresivos es efectiva a corto plazo. La FDA (Food and Drug Administration) en 2004 ordenó utilizar un black box warning para indicar a los médicos tener cuidado con el uso de los antidepresivos, porque se reportó que podría incrementar la suicidalidad (ideas de muerte o ideas suicidas). Sin embargo, esta advertencia estuvo basada en estudios con adolescentes que primariamente tenían un trastorno depresivo y no en estudios en chicos con ansiedad. Debe mencionarse que ningún niño o adolescente participante en estudios controlados se ha suicidado tomando los ISRS.

Los ISRS son generalmente bien tolerados, ocasionan efectos secundarios leves de tipo gastrointestinal (gastritis), cefalea, incremento de la actividad motora e insomnio. Son menos comunes los efectos de desinhibición, aunque estos deben ser monitorizados en las citas siguientes a su inicio, se debe tener especial cuidado con hijos de padres con antecedentes de trastorno bipolar. El ISRS se inicia con (equivalente fluoxetina) 10 mgs/día los dos primeros días y se incrementa a 20 mgs/día, debe considerarse un incremento de la dosis del ISRS cuando no se ha observado mejoría en la cuarta semana de tratamiento. Cuando se ha alcanzado una notable reducción de los síntomas (> 50%) se recomienda mantener el tratamiento durante un año a partir de ese momento y reiniciarse si se suspende y ocurre una recaída de los síntomas.

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

Hemos mencionado a los antidepresivos ISRS, sin embargo existen otros fármacos que pueden ser utilizados, los antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos, como la venlafaxina, sola o en combinación con ISRS; en la población pediátrica las benzodiacepinas deben ser usadas de manera muy limitada y sólo bajo la vigilancia del especialista. La venlafaxina ha mostrado ser bien tolerada y efectiva en el tratamiento del TAG en niños y adolescentes.

Estudios con fluoxetina demuestran que existe mejoría clínica del TAS, así como con imipramina. Los antidepresivos tricíclicos (tipo imipramina) han caído en menor uso desde la introducción de los ISRS, ya que con los primeros debe vigilarse estrechamente el ritmo y la conducción cardiaca por el riesgo de alteraciones eléctricas y que la sobredosificación tiene riesgos médicos mayores. En el TOC también los ISRS son los fármacos de primera elección, como la fluoxetina, la sertralina y la fluvoxamina, aunque se requieren dosis más altas que para los otros trastornos de ansiedad. Es menos estudiada para este trastorno la paroxetina.

Algunos fármacos pueden utilizarse en el caso del TOC para potenciar el efecto del medicamento principal o para mitigar otros síntomas diana como el litio, o algunos antipsicóticos de segunda generación, se recomienda dejar estas estrategias terapéuticas en manos del especialista. La sertralina es uno de los ISRS mayormente utilizados en el tratamiento del TEPT, con muy buenos resultados.

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

Por último, las benzodiacepinas no han demostrado eficacia cuando son administradas como monoterapia en el tratamiento para ningún trastorno de ansiedad en niños o adolescentes. Pueden ocasionar efecto paradójico, es decir, que en lugar de tener el efecto sedante y ansiolítico pueden ocasionar agitación, ansiedad, irritabilidad, insomnio, agitación psicomotora y agresividad. **Deben ser indicadas sólo por el especialista, cuando evalúe que su uso supera los posibles efectos secundarios.** El alprazolam y el clonazepam, por ejemplo, pueden utilizarse para mitigar sobre todo la ansiedad anticipatoria o las crisis de pánico en el TA, y en los trastornos fóbicos para disminuir la ansiedad cuando un chico inevitablemente debe exponerse a una situación u objeto que le genera temor intenso.

Las BDZ se administran con suma precaución incluso por el médico experimentado, por la posibilidad de desarrollar dependencia y están contraindicadas de forma relativa en niños y adolescentes, por el efecto paradójico que pueden ocasionar, y contraindicadas de manera absoluta en los chicos con dependencia a sustancias.

Otros cuidados

Otros cuidados importantes son los ajustes en el salón de clases. Si la ansiedad interfiere con la conclusión de tareas, debe modificarse la longitud de la misma para ajustarla a la capacidad del estudiante. Si al salir de la escuela experimenta mucha ansiedad, un adulto debe esperarlo fuera del salón de clases para que le ayude con estrategias para manejar la ansiedad y le dé compañía. Si los maestros en contacto con el paciente no están informados sobre las características y cuidados de un alumno con ansiedad patológica se debe establecer contacto con ellos para brindarles educa-

ción sobre ello. Conforme se presente la mejoría, el niño podrá ir abandonando este tipo de cuidados hasta reintegrarse por completo a sus actividades previas.

9 **Recomendaciones para el manejo del paciente con trastorno de ansiedad en el contexto familiar**

La experiencia y la evidencia científica señalan que los padres y el resto de la familia juegan un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de la ansiedad en los niños y adolescentes, quizá requieren intervenciones individuales o terapia familiar. Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de un trastorno de ansiedad por un psiquiatra, debe reforzarse la información que éste haya dado tanto al niño, como a los padres, y en ocasiones a algún otro familiar como abuelos o hermanos para que puedan apoyar al paciente. La mejor forma es enlistar los síntomas y permitir que el menor los exprese a los padres para que los pueda reconocer y sea capaz de explicarlos con sus propias palabras. Debe fomentarse el ambiente de comprensión y apoyo hacia el paciente sin presionar ni hacerlo sentir que es responsable de sus síntomas. No debe perderse de vista estimular que en casa se propicie el apego al tratamiento y esto incluye la toma de medicamentos, la eliminación de estigmas, la asistencia a psicoterapia tanto del menor, como de los padres, si es indicado por el especialista en salud mental.

Existe una liga muy estrecha entre la ansiedad por separación del paciente con la ansiedad de los padres, a pesar de que la familia intenta minimizar las situaciones más evidentes en que ellos estimulan la dependencia del chico o se preocupan de manera excesiva cuando éste emprende acciones de independencia. Es importante, hacer énfasis en estas conductas para que sean identificadas y corregidas más fácilmente. También se debe poner atención no sólo en el síntoma de presentación, que puede ser el ausentismo escolar, sino en el desarrollo del niño a largo plazo, dado que obligar al chico mediante amenazas a que asista a la escuela o enfrentar las situaciones angustiantes puede ser traumático o dar lugar a agitación psicomotriz y agresiones físicas hacia los que están a su alrededor; y no fomenta la confianza y el ambiente de comprensión y calidez que se requiere para el tratamiento.

En el caso del TOC de ninguna manera deben establecerse castigos o violentar al chico para que no realice las compulsiones, esto suele ocurrir pues los padres experimentan impotencia, ansiedad y enojo frente a los síntomas del menor. Por otro lado, quizá sean portadores de algún trastorno psiquiátrico.

Curso y Pronóstico

El curso de los trastornos ansiosos depende del momento en que se les detecta, del tratamiento y las condiciones ambientales del niño o adolescente. Cuando no son tratados, las repercusiones académicas, sociales y emocionales son importantes. Algunos estudios muestran que un considerable porcentaje de adultos portadores de depresión mayor; tenían trastorno de ansiedad no tratado en la infancia o adolescencia. Es muy frecuente que conforme transcurre el tiempo, un trastorno no tratado tiende a complicarse en severidad y comorbilidad. Hay estudios que señalan una correlación significativa entre el alcoholismo y los trastornos de ansiedad. Algunos padecimientos de ansiedad como el TOC es de curso crónico, como ya se ha hecho hincapié, los síntomas no se curan, sino que se controlan. En general, el resto de los trastornos de ansiedad pueden remitir totalmente con un oportuno y adecuado manejo multidisciplinario.

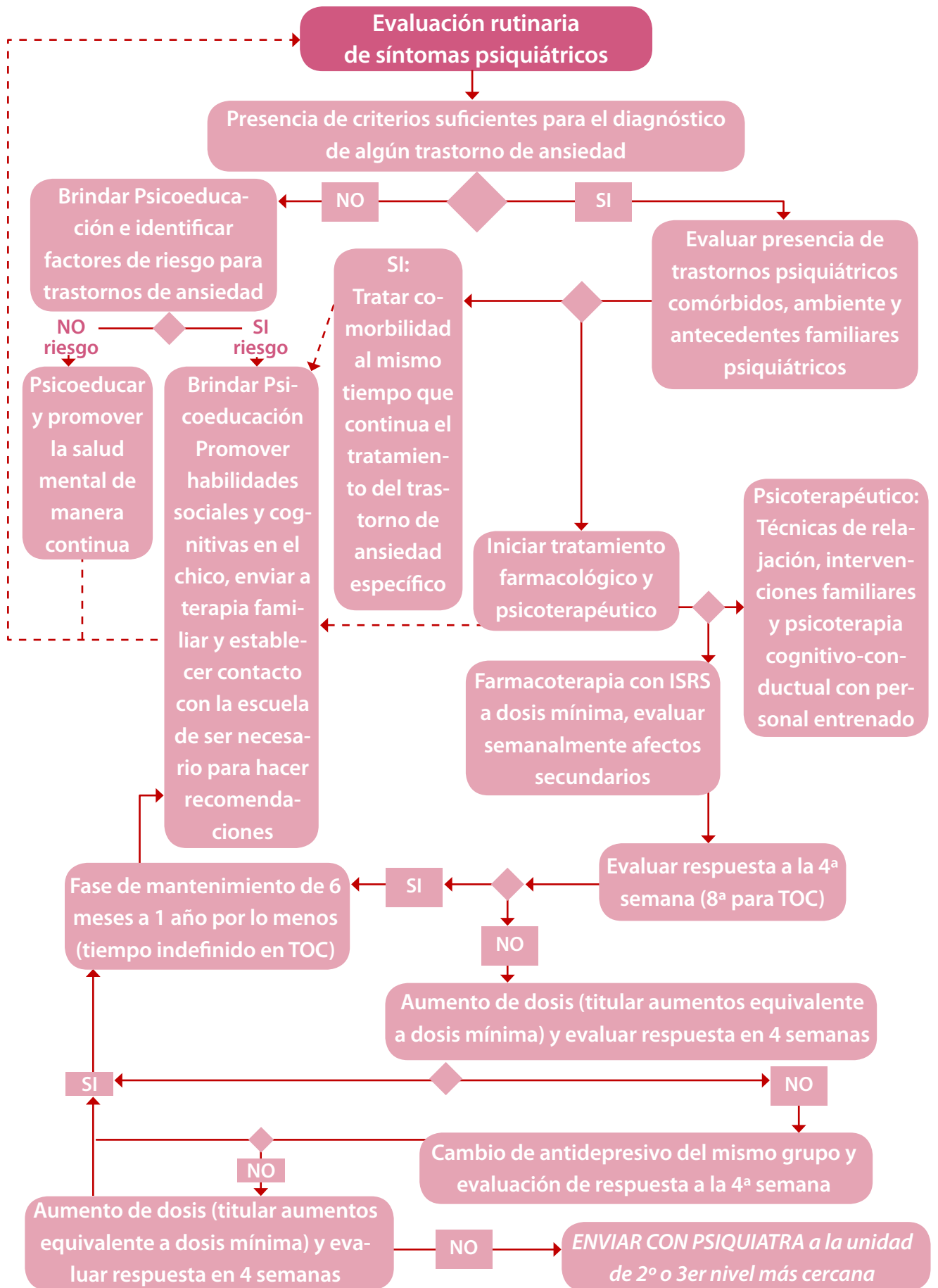
Los factores que parecen predecir un peor pronóstico son la edad de inicio más temprana, la larga duración de la enfermedad, la historia de hospitalizaciones previas debidas al diagnóstico psiquiátrico, la presencia de rasgos de personalidad muy acentuados que son desadaptativos, la comorbilidad entre diferentes trastornos psiquiátricos, así como la severidad de los síntomas y la historia familiar positiva de trastornos de ansiedad. En el caso del TOC, la frecuencia de las compulsiones y los rituales de lavado, además de lo anterior, pueden ser otro factor de mal pronóstico. No hay un medio fiable de saber si un niño o adolescente volverá a presentar los síntomas una vez que han remitido con el tratamiento, pueden pasar desde meses hasta años sin una recaída. Algunos otros factores de mal pronóstico son la mala respuesta al tratamiento inicial, la separación de uno de los progenitores por muerte o divorcio, la alta dependencia interpersonal y la clase social baja.

Algoritmos

A continuación se sugiere una ruta de evaluación y tratamiento para los trastornos de ansiedad. Antes de cualquier aumento en la dosis se deberá esperar a la 4ª semana de evaluación, si es bien tolerado, pero no hay respuesta completa se recomienda incrementar la dosis (tabla 1) de manera gradual (incrementos equivalentes a la dosis mínima recomendada) y a esperar cuatro semanas más de evaluación. Si a las 8 semanas no hay respuesta con el mismo fármaco cambiar a otro del mismo grupo (si se estaba utilizando un ISRS utilizar otro ISRS). Volver a evaluar a las 4 semanas de haber iniciado el nuevo intento farmacológico, y en caso de respuesta parcial incrementar. A las 8 semanas, si no hay respuesta, enviar con psiquiatra. Se debe tener en cuenta que en caso de cualquier duda es mejor referir cuanto antes al niño o al adolescente con un especialista. Especialmente con el TOC se requieren inicialmente 8 semanas para evaluar la primera respuesta; sin embargo, en este caso se recomienda enviar al niño o al adolescente desde su evaluación inicial con el especialista.

Tabla 1. Dosis recomendadas, de inicio y dosis máximas, de los principales antidepresivos utilizados en niños y adolescentes.

Tipo de antidepresivo	Dosis	
	Inicial	Máxima
ISRS		
Fluoxetina	10mg/día	60mg/día
Paroxetina	10mg/día	50mg/día
Sertralina	25mg/día	200mg/día
Fluvoxamina (4.7mg/kg/día niños 8-12 años; 3.1mg/kg/día adolescentes 12-17 años)	50mg/día	200mg/día
Inhibidor dual (serotonina/norepinefrina)		
Venlafaxina	37.5mg/día	225mg/día
Duloxetina	30mg/día	120mg/día
Bupropión (Inhibidor de recaptura de dopamina y norepinefrina)	150mg/día	300mg/día



Escala de evaluación

A continuación se incluye una escala de evaluación llamada SCARED (del inglés Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), la cual ha sido diseñada como una herramienta de tamizaje de los trastornos de ansiedad en los niños. Consta de 41 reactivos que se califican de 0 a 2, siendo 0 nunca, 1 algunas veces y 2 siempre. El punto de corte es 25, es decir, que hay una probabilidad de al menos 70% de que el niño o adolescente tenga algún trastorno de ansiedad. Existen escalas de severidad de síntomas específicas para algunos trastornos de ansiedad pero su uso se deja a los especialistas. La escala que se anexa en este módulo es de suma utilidad para el profesional de la salud no psiquiatra pues permite discriminar entre un chico que ameritará envío a tratamiento psiquiátrico y el que probablemente no. Sin embargo, ninguna escala sustituye el criterio clínico.

Autoreporte de ansiedad para adolescentes (AAA)
Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México
(Adaptada por el Dr. Francisco de la Peña Olvera, adolesc@imp.edu.mx)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____ Expediente: _____

Instrucciones: Por favor lee con cuidado cada una de las oraciones y marca con un X qué tanto se aplica en tu caso para nunca, algunas veces o siempre en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca	Algunas veces	Siempre
1	Cuando tengo miedo no respiro bien.			
2	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.			
3	Me molesta estar con personas que no conozco.			
4	Cuando duermo en una casa que no es la mía siento miedo.			
5	Me preocupa saber si le caigo bien a las personas.			
6	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.			
7	Soy nervioso(a).			
8	Sigo a mis papás a donde ellos van.			
9	Las personas me dicen que me veo nervioso(a).			
10	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco.			
11	Cuando estoy en la escuela me duele la panza.			
12	Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco(a).			
13	Me siento preocupado(a) cuando duermo solo(a).			
14	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo, en la escuela).			

		Nunca	Algunas veces	Siempre
15	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales.			
16	En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papás.			
17	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.			
18	Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido			
19	Tiemblo.			
20	En las noches sueño que me va a pasar algo malo.			
21	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.			
22	Cuando tengo miedo, sudo mucho.			
23	Me preocupo mucho.			
24	Me preocupo sin motivo.			
25	Estar solo(a) en casa me da miedo.			
26	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.			
27	Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar.			
28	Las personas me dicen que me preocupo mucho.			
29	No me gusta estar lejos de mi familia.			
30	Tengo miedo de tener ataques de pánico.			
31	Me preocupa pensar que algo malo les pase a mis papás.			
32	Me da pena estar con personas que no conozco.			
33	Me preocupa que pasará conmigo cuando sea grande.			
34	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.			
35	Me preocupa saber si hago las cosas bien.			
36	Me da miedo ir a la escuela.			
37	Me preocupo por las cosas que pasaron.			
38	Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).			
39	Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo, leer en voz alta, hablar, jugar).			
40	Me pongo nervioso(a) cuando voy a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conozco.			
41	Soy tímido(a)			

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso y respeto a la dignidad de los pacientes menores de edad. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud.

Consideraciones éticas en la relación con el paciente

Asentimiento del menor

Además de obtener la autorización del padre, madre o tutor, se debe buscar la cooperación voluntaria del menor. Una vez que se le ha informado, en términos comprensibles para su desarrollo cognitivo, lo que es conveniente para su atención.

Consentimiento

Generalmente, se informa al padre, madre o tutor sobre el diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, en algunos casos este acto puede ir en perjuicio de los intereses del menor y resulta conveniente mantener la confidencialidad de la información obtenida.

Principios éticos

Respeto por las personas

- Protección a las personas con autonomía disminuida.
- Proteger a las personas dependientes o vulnerables contra daño o abuso.

Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.
- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.

- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

Derechos humanos y derechos de la niñez

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

Referencias

- Birmaher B, Yelovich K, Renaud J: Pharmacologic treatment for children and adolescents with anxiety disorders. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45:1187-1204
- Birmaher B, Brent DA, Chiappeta L, et al: Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38(10):1230-123
- Cassidy LJ, Jellinek MS: Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Ped Clin N Am* 1998; 45:1037-1052
- Connolly SD, Bernstein, GA. 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
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2002
- Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L, Faraone SV, Rosenbaum JR: Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:205-213
- Kaplan H, Sadock B: Sinopsis de Psiquiatría. España, Editorial Médica Panamericana. 8ª Edición, 1998, pp 1284-1464
- Langley AK, Bergman RL, Piacentini JC: Assessment of childhood anxiety. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14:102-113
- March JS: Combining medication and psychosocial treatments: an evidence-based medicine approach. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14:155-163
- Masi G, Mucci M, Favilla L, Romano R, Poli P: Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Compr Psychiatry* 1999; 40:210-215
- Palacios-Cruz L: Trastorno por estrés postraumático: factores asociados a la remisión y/o persistencia del diagnóstico. Una evaluación de su curso en pacientes de una muestra mexicana en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Tesis para obtener el diploma de la especialidad en Psiquiatría. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001
- Pine DS: Treating children and adolescents with selective serotonin reuptake inhibitors: how long is appropriate? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002; 12:189-203
- Silverman WK, Ollendick TH: Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34:380-411
- Warren SL, Dadson N: Assessment of anxiety in young children. *Curr Opin Pediatr* 2001; 13:580-585
- World Health Organization: International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Geneva, World Health Organization, 1992

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos Secretario de Salud</p> <p>Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</p> <p>Dra. Maki Ortiz Dominguez Subsecretaria de Innovación y Calidad</p> <p>Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza Directora General</p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela Director de Enseñanza</p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham Director de Investigaciones en Neurociencias</p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra Director de Servicios Clínicos</p>
<p style="text-align: center;">CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</p>	
<p>T.R. Virginia González Torres Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</p> <p>Ing. Luis Acosta del Lago Director de Normatividad y Coordinación Institucional</p> <p>Lic. Susana Moye Villar Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</p>	

