

## TRASTORNO DE ANSIEDAD

**José Miguel García Cruz:** Pediatra. CS San Martín. Vitoria. Álava. España. Coordinador Grupo TDAH y Desarrollo Psicoeducativo AEPap.

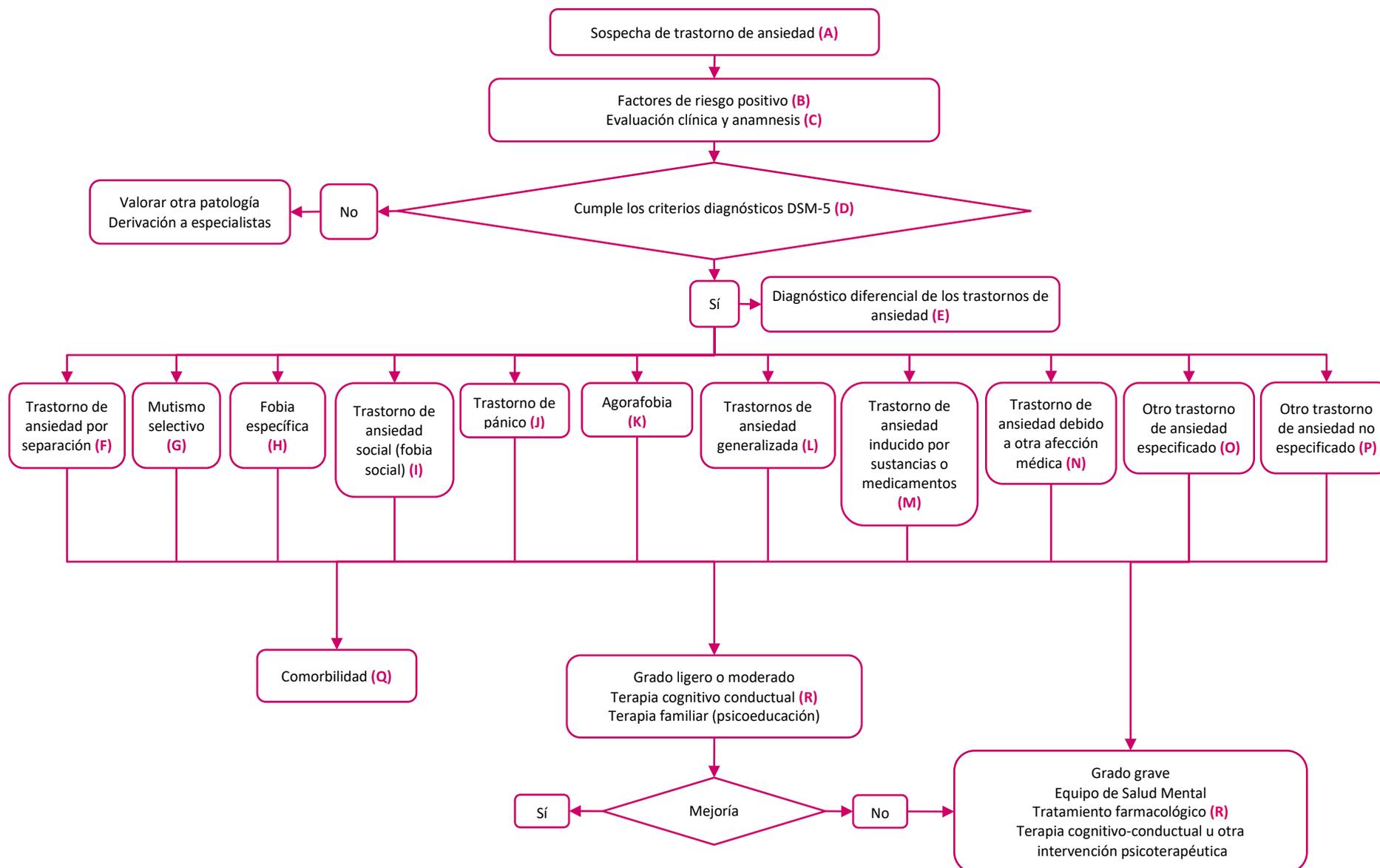
**José Javier González Lajas:** Psicopedagogo y Maestro de Educación Especial. Director del Instituto de Neuropsicopedagogía Clínica y Educativa PSICOTDAH de Salamanca y Cáceres. Psicoterapeuta. Profesor de la UNIR - La Rioja. España.

**Correo electrónico:** josemiguel.garciacruz@osakidetza.eus

**Palabras clave:** Trastorno de ansiedad. DSM-V. Psicofármacos. Ansiolíticos.

**Key words:** Anxiety disorder. DSM-V. Psychoactive Drugs. Anxiolytics.

**Cómo citar este artículo:** García Cruz JM, González Lajas JJ. Trastorno de ansiedad. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/XX/titulo-algoritmo>



## A. TRASTORNO DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes y uno de los motivos de consulta más habituales en población infantojuvenil<sup>1</sup>.

La ansiedad tiene como característica inherente la anticipación del peligro, mientras que el miedo surge frente a estímulos concretos, diferenciándose en intensidad, duración y grado de sufrimiento que produce. Implica una sensación aguda de malestar con sentimientos de temor y aprensión con relación a acontecimientos adversos que pudieran acaecer<sup>2</sup>. Se manifiesta mediante síntomas neurovegetativos, cognoscitivos, emocionales y conductuales<sup>3</sup>.

Las clasificaciones nosológicas que se emplean para clasificar los trastornos de ansiedad en categorías de acuerdo con criterios diagnósticos específicos son el DSM-5<sup>4</sup> y la CIE-10<sup>5</sup>.

Las tasas de prevalencia oscilan entre el 6% y el 20%<sup>6</sup>. Los trastornos de ansiedad raramente ocurren de forma aislada, siendo habitual la concurrencia de varios trastornos ansiosos. La tasa de concurrencia se estima entre un 40% y 60% de los casos<sup>7,8</sup>. Las diferencias de género dependen principalmente de la edad, siendo más predominante en niños que en niñas en la infancia mientras que en la adolescencia es a la inversa con razones niño/niña de 1:1 a 1:4.

Es un proceso multifactorial, con mecanismos genéticos, neuroanatómicos (amígdala, corteza frontoorbitaria y corteza anterior del cíngulo), neuroendocrinos (sistema noradrenérgico, serotoninérgico y receptores benzodiazepínicos), inmunológicos, intrauterinos, perinatales, temperamentales y ambientales.

## B. FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo son la psicopatología paterna, el que uno de los progenitores sufra ansiedad, depresión o alcoholismo, las prácticas inadecuadas de crianza y educación, la interacción impropia entre los padres y el hijo, la conflictividad en la familia y el maltrato<sup>9</sup>. Como factores prenatales y perinatales: ansiedad y estrés materno durante el embarazo, consumo de sustancias y bajo peso al nacer. También son factores de riesgo, enfermedades pediátricas crónicas, como la epilepsia<sup>10</sup> o la pubertad precoz<sup>11</sup>. Además, influyen: la adversidad social, la inhibición conductual, el estrés (*life events*) y la alta emotividad<sup>12</sup>.

### C. EVALUACIÓN CLÍNICA Y ANAMNESIS

Es necesaria una detallada anamnesis<sup>13</sup> con una historia clínica sistemática y minuciosa, que se complementa con entrevistas clínicas semiestructuradas con el niño, los padres y otros informantes (Children's Anxiety Evaluation Form [CAEF], Worry Interview for Children [WIC]), y con las escalas de evaluación específicas correspondientes: State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), Inventario de Beck para niños y adolescentes-2 (BAI-Y), Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RC-MAS), Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), The Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS), General Anxiety Scale for Children (GASC), Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions (ADIS for DSMIV-C/P), Picture Anxiety Test (PAT), DSM-5-Medida Transversal-Niños, Sense of Coherence (SOC), Strengths and Difficulties Questionnaire, emotional subscale (SDW-em), Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) y Selective Mutism Questionnaire (SMQ).

La clínica varía con la edad y desarrollo cognitivo y emocional del niño o adolescente<sup>14</sup>. En los niños pequeños hay inquietud motriz, trastornos del sueño, llanto inmotivado, pérdida de apetito, dolores abdominales, cefaleas, temores irreprimibles, dudas y negativa a separarse de los padres. Con posterioridad hay expresión verbal de la angustia, miedos y temores. Las dificultades de atención y concentración, la lentitud de pensamiento y los problemas de memoria son síntomas de la etapa escolar. Los niños más mayores y los adolescentes manifiestan angustia, dolor torácico, temores irreprimibles, obsesiones, rituales, inhibición motriz (hablar o moverse), temor al contacto social, síntomas de despersonalización (implica extrañeza respecto al propio yo y sensación interna de vacío) y sentimientos de desrealización (percibe el mundo circundante como si no existiera, como si no fuera real y no tuviera vida)<sup>15</sup>.

### D. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos del DSM-5 se emplean como guía. Su utilización debe regirse siempre por el juicio clínico.

### E. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con la ansiedad "normal", la depresión, la timidez excesiva, la esquizofrenia, los trastornos del espectro autista, el síndrome de Asperger, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno bipolar y los trastornos de conducta. La ansiedad forma parte del cuadro clínico de la mayoría de los trastornos psiquiátricos y de numerosas enfermedades<sup>13</sup>, y también puede deberse a medicamentos.

## F. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

- Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
- Preocupación excesiva o persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño (enfermedad, daño, calamidad o muerte).
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación de una figura de gran apego (perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar).
- Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
- Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
- Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
- Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos (cefaleas, dolores abdominales náuseas o vómitos).

El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, duran al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y seis meses en los adultos.

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, trastorno del espectro autista (rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio), delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad por enfermedad.

## G. MUTISMO SELECTIVO

- Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe la expectativa por hablar (escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- La alteración interfiere en los logros educativos y laborales, o en la comunicación social.
- La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de la escuela).
- El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (trastorno de fluidez/tartamudeo de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

## H. FOBIA ESPECÍFICA

- Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). En los niños el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.
- El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, y duran típicamente 6 o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes (agorafobia), objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (trastorno de ansiedad social).

Especificar en base al estímulo fóbico:

- Animal (arañas, insectos, perros).
- Entorno natural (alturas, tormenta, agua).
- Sangre-inyección-herida (agujas, procedimientos médicos invasivos).
- Situacional (avión, ascensor, sitios cerrados).
- Otra (situaciones que pueden derivar en ahogo o vómito).
- En niños, sonidos ruidosos o personajes disfrazados

## **I. TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL)**

- Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla). En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.
- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- Las situaciones sociales siempre provocan miedo y ansiedad. En los niños el miedo o la ansiedad se pueden expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizado, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales

- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, y duran típicamente 6 o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo y deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) u otra afección médica.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
- Si existe otra enfermedad (Parkinson, obesidad, desconfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.
- Especificar si: el miedo se limita a hablar en público o actuar en público.

## J. TRASTORNO DE PÁNICO

- Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo o malestar intensos, que alcanzan su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro o más síntomas de los siguientes (la aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad):
  - Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
  - Sudoración.
  - Temblor o sacudidas.

- Sensación de dificultad para respirar o asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensación de calor.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o desmayo).
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
- Miedo a morir.
- Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.
- Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:
  - Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).
  - Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) ni a otra afección médica (hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas (trastorno de ansiedad social) en respuesta a objetos o situaciones fóbicas (fobia específica), en respuesta a obsesiones (trastorno obsesivo-compulsivo), en respuesta a sucesos o recuerdos traumáticos (trastorno de estrés postraumático), o en respuesta a la separación de figuras de apego (trastorno de ansiedad por separación).

### Especificador del ataque de pánico

El ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastorno por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico se ha de anotar como un especificador (por ejemplo, trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

### K. AGORAFOBIA

- Miedo o ansiedad intensa acerca de dos o más de las cinco situaciones siguientes:
  - Uso de transporte público (automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
  - Estar en espacios abiertos (mercados, zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
  - Estar en sitios cerrados (tiendas, teatros, cines).
  - Hacer cola o estar en medio de una multitud.
  - Estar fuera de casa solo.
- El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico o síntomas incapacitantes o embarazosos (miedo a la incontinencia).
- Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

- Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo y dura típicamente 6 o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo y deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Si existe otra afección médica (enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional, no implican únicamente situaciones sociales (trastorno de ansiedad social), y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (trastorno obsesivo compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (trastorno de ansiedad por separación).

Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación es un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

## L. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

- Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades (actividad escolar o laboral).
- Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- La ansiedad o la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos 6 meses) (en los niños solamente se requiere un ítem):

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
  - Facilidad para fatigarse.
  - Dificultad para concentrarse o quedarse la mente en blanco.
  - Irritabilidad.
  - Tensión muscular.
  - Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.
  - La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) ni a otra afección médica (hipertiroidismo).
  - La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental como ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno del pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencia de síntomas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

## **M. TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS**

- Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de:

- Síntomas de ataques de pánico o ansiedad desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
- La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas de los ataques de pánico o ansiedad.
- El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente: los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un *delirium*.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Solo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico por intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas de pánico o ansiedad predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la intervención clínica.

**Nota de codificación:** se utilizarán para el procedimiento de registro los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos de ansiedad inducidos por sustancia/medicamento específico y se especificará si el inicio fue durante la intoxicación, durante la abstinencia o después del consumo de medicamentos.

#### **N. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA**

- Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un *delirium*.

- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota de codificación:** incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental. La otra afección médica se codificará y anotará por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica.

### **O. OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD ESPECIFICADO**

Se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad. Esto realiza registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico como:

- Ataques sintomáticos limitados.
- Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.
- *Khyal cap* (ataque del viento).
- Ataque de nervios.

### **P. OTROS TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO**

Se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en servicios de urgencias).

## Q. COMORBILIDAD

Los trastornos comórbidos son frecuentes<sup>16</sup>. La comorbilidad es más notable en el género femenino<sup>17</sup>. Se estima que la tasa de comorbilidad en muestras de población general en niños es del 39% y en los adolescentes del 14%, elevándose hasta el 50% en muestras clínicas<sup>18</sup>. Los trastornos comórbidos más frecuentes, en orden de frecuencia son: otros trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos de conducta.

## R. TRATAMIENTO

El tratamiento es siempre individualizado<sup>19</sup>. Comprende terapia cognitivo-conductual (TCC) y psicoeducación familiar en los grados ligero o moderado, asociándose fármacos si no mejora o es de grado grave.

La medicación, solo está indicada cuando la clínica provoca una importante disfunción y a partir de los 6 años<sup>20</sup>, incluye fármacos de primera línea: Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS); de segunda línea: antidepresivos duales (Duloxetina); de tercera línea: antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, bupiriona, alfa-adrenérgicos y bupropion.

Respecto al abordaje terapéutico siempre hay que valorar gravedad del cuadro clínico, tiempo de evolución, comorbilidad, edad y grado de desarrollo del paciente, factores familiares y psicosociales y tratamientos anteriores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Echeburúa E, Corral P. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide; 2009.
2. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad en el niño. Una patología de nuestro tiempo. [Vox Paediatrica. 2012;XIX:24-9.](#)
3. Mardomingo MJ. Características clínicas de los trastornos de ansiedad. [Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;3:237-47.](#)
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1995.

6. Costello EJ, Egger HL, Angold A. Developmental epidemiology anxiety disorders. En: Ollendick TH, March JS (eds.). Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and Pharmacological interventions. Nueva York: Oxford University Press; 2004. p. 61-91.
7. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. [Annu Rev Clin Psychol. 2009;5:311-41.](#)
8. Sandín B, Chorot P, Valiente RM. Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. [Rev Psicopatol Psicol Clín. 2012;17:185-203.](#)
9. Mardomingo MJ. Entorno familiar y psicopatología. La armonía añorada. En: Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte. 3.ª ed. Madrid: Narcea; 2008. p. 155-193.
10. Ekinci O, Titus J, Rodopman AA, Berkem M, Trevathan E. Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: prevalence, risk factors, and treatment. [Epilepsy Behav. 2009;14:8-18.](#)
11. Weingarden H, Renshaw KD. Early and late perceived pubertal timing and risk factors for anxiety disorders in adult woman. [J Psychiatr Res. 2012; 46:1524-9.](#)
12. Biederman J, Rosenbaum JF, Chaloff J, Kagan J. Behavioral inhibition as a risk factor for anxiety disorders. En: March JS (ed.). Anxiety disorders in children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 1995. p. 61-81.
13. AACAP Official Action. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46:267-83.](#)
14. Weems CF, Costa NM. Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005; 44:656-63.](#)
15. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. El anhelo sin fin. En: Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte. 3.ª ed. Madrid: Narcea; 2008. p. 52-84.
16. Mardomingo MJ. Depresión y ansiedad. En: Muñoz MT, Hidalgo MI, Clement J (eds.). Pediatría extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para Atención Primaria. Madrid: Ergon; 2008. p. 727-34.

17. Lewinsohn PM, Zinbarg R, Seeley JR, Lewinsohn M, Sack WH. Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. [J Anxiety Disord. 1997;11:377-94.](#)
18. McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. DSM III disorders from age 11 to age 15 years. [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992;31:50-9.](#)
19. Higa-McMillan CK, Francis SE, Rith-Najarian L, Chorpita BF. Evidence Base Update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. [J Clin Child Adolesc Psychol. 2016; 45:91-113.](#)
20. Figueroa A, Soutullo C. Psicofarmacología de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En: Soutullo C (coord.). Guía esencial de psicofarmacología del niño y adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. p. 143-61.