



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Derivado del Seminario de Titulación del Programa de
Profundización en Procesos en Psicología Clínica

Trastornos de ansiedad de presentación en la infancia y
adolescencia: efectos cognitivos, emocionales y conductuales;
y directrices generales de intervención desde la postura
cognitiva-conductual

Investigación Documental

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
SILVIA LÓPEZ DE LA ROSA

Director: Mtra. Gabriela Méndez Flores

Dictaminador: Mtra. Gabriela Leticia Sánchez Martínez



Los Reyes Iztacala, Tlalneantla, Estado de México. Noviembre, 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen

Introducción

Capítulo 1. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia

1.1 ¿Qué es la ansiedad?

1.2 ¿Cuándo se convierte en un trastorno?

1.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad

1.4 Epidemiología

1.5 Principales trastornos de ansiedad que se manifiestan durante la infancia y adolescencia:

Caracterización clínica

1.6 Etiología y factores de riesgo y mantenimiento

1.7 Comorbilidad

Capítulo 2. Efectos cognitivos, emocionales y conductuales de la presencia de trastornos de ansiedad durante la infancia y adolescencia

2.1 Cognitivos

2.2 Emocionales

2.3 Conductuales

Capítulo 3. Identificación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico

3.1. Identificación y diagnóstico

3.2 Tratamiento y pronóstico

Conclusiones

Referencias

Resumen

Actualmente, los trastornos de ansiedad en nuestro país son de los más comunes entre la población general, y entre los niños y adolescentes están en aumento. La importancia de su estudio radica en la significativa disfuncionalidad que producen en las personas que los padecen, así como limitaciones en el desarrollo integral y en la calidad de vida de la población pediátrica. El objetivo del presente trabajo ha sido exponer teóricamente los principales trastornos de ansiedad de presentación en la infancia y adolescencia, así como los efectos de su padecimiento en las esferas cognitiva, emocional y conductual; los aspectos a considerar para su identificación y diagnóstico; y algunas de las estrategias que se emplean para su tratamiento psicológico desde la postura cognitiva-conductual.

De acuerdo con la revisión documental llevada a cabo, los trastornos de ansiedad que con mayor frecuencia se presentan según datos epidemiológicos y basados en la probable edad de inicio que indica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), son: el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica y el trastorno de ansiedad social; los cuales, más allá de tener una caracterización clínica que permite diferenciarlos, producen déficits en procesos cognitivos atencionales, mnémicos y de funcionamiento ejecutivo, así como inestabilidad emocional y conductas que afectan su adaptación e integración social plena. Cabe resaltar que dichos trastornos pueden presentarse durante períodos prolongados, y coexistir o predisponer al desarrollo de otro tipo de trastornos, por lo cual cobra relevancia su identificación e intervención temprana a través de tratamientos que han mostrado eficacia, además de la divulgación y psicoeducación de la población en general; aunado a la necesidad de más trabajos que promuevan el conocimiento específico de sus efectos, de su prevalencia e incidencia en población mexicana, de construcción de instrumentos psicométricos para su evaluación, y de difusión de planes y programas de intervención.

Palabras Clave: Ansiedad, trastorno, cognición, conducta, emociones, evaluación, intervención, desarrollo, funcionalidad.

Introducción

En la actualidad, en nuestro país existen un sin número de acontecimientos y condiciones que nos hacen estar en constante zozobra, como la violencia y delincuencia, la falta de economía y trabajo seguro, enfermedades crónicas y degenerativas, e incluso el tener que cumplir con requisitos y estándares cada vez más altos en el trabajo, escuela, o en cualquier otro contexto social, lo que provoca la exposición a estrés constante y al desarrollo de ansiedad.

Ésta última, es considerada una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura, en la mayoría de los casos de naturaleza vaga e indeterminada, la cual se hace acompañar por sensaciones de disforia, síntomas somáticos, y respuestas de dimensión cognitiva, afectiva y motora, siendo adaptativa hasta cierto punto, ya que prepara al organismo para reaccionar ante alguna situación determinada (Asociación Americana de Psiquiatría [APA, por sus siglas en inglés], 2014; Candelario, 2010; Cruz, 2017); y desadaptativa, cuando se vuelve excesiva, persistente y rebasa las herramientas de afrontamiento de quien la experimenta, convirtiéndose en un trastorno.

Actualmente, los trastornos de ansiedad en nuestro país están en aumento, al igual que en el resto del mundo; afectan alrededor del 14.3% de la población mexicana, siendo predominantes entre las mujeres, y en la población de 15 a 45 años de edad. No obstante, se ha detectado que en las últimas décadas también han estado afectando de manera importante a niños y adolescentes; se calcula que existe una incidencia aproximada entre el 8 y el 15% en estas etapas de la vida, provocando disfunción y limitaciones en el desarrollo académico, emocional y social; además del desarrollo de otros trastornos mentales y comportamentales.

Es por esto, que se consideró la realización de la presente investigación documental, con el fin de exponer teóricamente los principales trastornos de ansiedad de presentación en la infancia y adolescencia, así como los efectos de su padecimiento en las esferas cognitiva, emocional y conductual; los aspectos a considerar para su identificación y diagnóstico; y algunas de las estrategias que se emplean para su tratamiento psicológico desde la postura cognitiva-conductual.

En el primer capítulo se describe brevemente lo que se entiende por ansiedad y cuándo es posible considerar un trastorno de ansiedad; además se expone de manera general, en qué consisten cada uno de éstos y cuáles son las características diagnósticas que los distinguen de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5); se aborda la epidemiología y se señalan cuáles de ellos se presentan o desarrollan con mayor frecuencia en la infancia y adolescencia, destacando su caracterización clínica.

La exposición sobre los efectos cognitivos, emocionales y conductuales que provocan los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica se desarrollan durante el capítulo dos; y finalmente en el tercero se esboza lo correspondiente a la identificación y diagnóstico; y al tratamiento y pronóstico.

Se concluye subrayando que los efectos de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, tienen repercusiones importantes en el desarrollo y funcionamiento, pudiendo subsistir durante largo períodos y superponerse con otros de la misma clase, o bien afectivos y/o comportamentales. Además se señala la necesidad de mayor divulgación sobre éstos entre la población en general, así como de investigación epidemiológica, de construcción de instrumentos psicométricos para población pediátrica mexicana, y de difusión de planes y programas de intervención eficaces.

Capítulo 1. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia

1.1 ¿Qué es la ansiedad?

El término ansiedad *grosso modo*, engloba un patrón de respuestas de dimensión cognitiva, afectiva, orgánica-fisiológica y motora, que se desencadena ante estímulos externos e internos emergentes o que llevan a anticipar sucesos o circunstancias valorados como amenazantes, incontrolables, que potencialmente podrían poner en riesgo los intereses vitales de una persona (Contreras et al., 2005; Clark y Beck, 2012).

En concordancia, la Asociación Americana de psiquiatría [APA] (2014) la define como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura; la cual muchos hemos llegado a experimentar en algún momento de la vida, al preocuparnos por lo que pueda suceder, al vislumbrar un peligro futuro, o al pensar en que pueda ocurrir algo que vaya afectar la integridad propia o la de nuestros seres queridos.

Aunque la literatura especializada destaca su naturaleza adaptativa en ciertas circunstancias, al permitir la anticipación del comportamiento ante una situación determinada, generando un estado de alerta y de tensión que prepara al organismo para responder y mejora en muchos casos el rendimiento; también hace énfasis en su carácter displacentero e inadaptativo, en particular cuando ésta se vuelve persistente y rebasa las herramientas de afrontamiento de quien la experimenta.

Asimismo, pese a que durante mucho tiempo el término se ha empleado como simple sinónimo del miedo¹, los estudiosos del tema la han diferenciado por caracterizarse de un estado mucho más duradero, que si bien incluye al miedo como emoción básica y central, se compone también de otros factores como la anticipación de la amenaza, aversión, sensación de falta de control, incertidumbre,

vulnerabilidad e indefensión, percepción de incapacidad para obtener los resultados deseados, preocupación excesiva, pensamientos negativos, entre otros (Clark y Beck, 2012; Rapee, 2016); y en la mayoría de casos, por la dificultad para distinguir claramente el objeto o suceso amenazador, percibiéndose de manera vaga, difusa e indeterminada (Bobes, Sáiz, González y Bousoño, 1999).

Ésta además se acompaña de un estado de activación del sistema nervioso traducido en la presencia de síntomas periféricos, derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo y del sistema endócrino, que dan lugar a los síntomas fisiológicos (somáticos) de la ansiedad, como el aumento de la tensión muscular, fluctuaciones de la presión arterial, sudoración, cambios digestivos, aumento de la respiración, entre otros. Cabe insistir, que tanto éstos como el resto de respuestas de otras dimensiones (cognitiva, comportamental) se ubican dentro de un espectro, por lo que van desde las que simplemente preparan al organismo para actuar, hasta aquellas que pueden provocar serio malestar y disfunción (asociadas principalmente a los estados persistentes de ansiedad), como ejemplo de éstas últimas están el dolor precordial, disnea, sensación de ahogo, micciones frecuentes, temblor, parestesias, mareos, inestabilidad motora, alteraciones del sueño, etcétera (Bobes et al., 1999; Secretaría de Salud, 2010).

Comportamentalmente la persona que la experimenta puede volverse más cautelosa, vigilante o evitativa, presentar movimientos o actos repetitivos, hiperactividad, desinhibición, abandono de tareas y hasta bloqueo psicomotor.

1. El miedo, de acuerdo con Beck, Emery y Greenberg (1985, cit. en: Clark y Beck, 2012) es una emoción básica resultante de la valoración de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada. Clark y Beck (2012) a su vez lo definen como un estado neurofisiológico básico, primitivo, y automático de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica.

Cognitivamente puede haber dificultad para la concentración, en los procesos de memoria, y en general para desempeñar cualquier tarea que requiera de un esfuerzo cognitivo sostenido, además de preocupación excesiva y alteraciones en la percepción del tiempo y espacio, etcétera.

En cuanto a la esfera de lo afectivo, evidentemente una de las emociones que puede imperar es el miedo, pero también la aprensión y malestar psíquico difuso, que en casos severos provoca que la persona que lo vive crea que va a perder la razón o tenga la sensación de muerte inminente, así como irritabilidad, desesperanza, sensación de inseguridad e insatisfacción, por mencionar algunas (Ruíz y Lago, 2005; Contreras et al., 2005; Bados, 2005; Gonçalves, 2008; Secretaría de Salud, 2010).

En resumen, la ansiedad es un estado complejo y multidimensional, la cual puede presentar cualquier persona ante distintas situaciones durante el ciclo de vida; el conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales que desencadena son regularmente proporcionales a los eventos o estímulos que la originan. De acuerdo con Gonçalves (2008) y Contreras et al. (2005), ésta es «normal» cuando cumple con una función adaptativa, en la medida en que alerta y permite al individuo poner en práctica y desarrollar pautas comportamentales necesarias para enfrentarse efectivamente a las condiciones inesperadas y emergentes que se le presentan, así como cuando es capaz de sobreponerse a ella.

1.2 ¿Cuándo se convierte en un trastorno?

De acuerdo con lo descrito y para dimensionar cuándo ésta se convierte en trastorno, se puede partir de lo que hace algunas décadas acuñó Spielberger (1979, cit. en: Contreras et al., 2005) en relación con la ansiedad como estado-rasgo-proceso, en particular sobre cuando la ansiedad se expresa como *estado* y como

rasgo de personalidad; cuando se hace referencia al estado es porque aparece transitoriamente, solamente ante determinadas situaciones específicas que se interpretan como potencialmente peligrosas, dando lugar a respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas, con el fin de disminuir la ansiedad-estado; y cuando se habla de rasgo, es porque se expresa a partir de una tendencia individual marcada y relativamente estable a percibir y valorar la mayoría de las situaciones como amenazadoras, manifestando efectos ante prácticamente cualquier tipo de situación, con lo cual se eleva constantemente la ansiedad-estado. De esto entonces se desprende el que la aparición, intensidad y duración de la ansiedad-estado dependa de la percepción de la amenaza, de la persistencia de la estimulación y de las experiencias ante situaciones semejantes (Spielberger, 1979 cit. en: Contreras et al., 2005; Spielberger, 1972, cit. en: De Ansorena, Cobo y Romero, 1983; Spielberger, 1972 cit. en: Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo, 2012); con lo cual se expone claramente que la ansiedad puede ser experimentada en cualquier momento por alguna persona y que en algunos casos ésta puede ser recurrente, causando más o menos afectaciones a unas personas y a otras no; no obstante, cuando se presenta y su duración es desproporcionada, ocasionando disfuncionalidad a la persona, es posible que se esté frente a un trastorno.

Según el APA (2014), la ansiedad deja de ser «normal», cuando se vuelve excesiva y persistente; cuando se presenta de forma continuada con episodios de gran intensidad; si se desencadena ante estímulos que de acuerdo con el desarrollo de la persona debiera afrontar sin mayor dificultad, y sobre todo, cuando interfiere en la funcionalidad y adaptación en la vida cotidiana, interrumpiendo actividades y relaciones sociales, familiares, escolares o laborales; además de producir sufrimiento emocional notable (Salaberría, Fernández y Echeburúa, 1995; Gonçalves, 2008, González y Paredes, 2012).

Asimismo, Becerra (2016) advierte que se está ante un trastorno de ansiedad cuando la reacción del cuerpo ante el estímulo que se considera como peligroso es desproporcional en intensidad, tiempo y/o duración, ocasionando el conjunto de síntomas psicofisiológicos que provocan malestar general y una pérdida de rendimiento. Por su parte, Barkley (2017), señala que cuando la ansiedad se experimenta en un grado severo interfiriendo con la habilidad de las personas para llevar su vida cotidiana, se está frente a un trastorno de ansiedad.

Evidentemente, se precisa de un análisis clínico minucioso que permita determinar si la sintomatología corresponde o no con un trastorno, ya que como subrayan Salaberría, Fernández y Echeburúa (1995), no es sencillo delimitar con precisión la ansiedad «normal» de la «patológica»; pues ni todos los estados de ansiedad, ni todos los rasgos de personalidad ansiosos, desencadenan necesariamente respuestas patológicas de ansiedad. Al menos cuatro aspectos diferenciadores pueden ayudar a distinguir una de la otra:

- a. Intensidad, frecuencia y duración
- b. Proporción entre la gravedad *objetiva* de la situación y la intensidad de las respuestas
- c. Grado de sufrimiento subjetivo
- d. Grado de interferencia en la vida cotidiana.

En este mismo sentido Clark y Beck (2012) sugieren cinco criterios que pueden emplearse para distinguir los estados anormales, aclarando que no todos tienen porqué estar presentes en todos los casos:

- a. Cognición disfuncional. Existen creencias y pensamientos disfuncionales sobre la amenaza, además de errores en el procesamiento cognitivo que limitan la evaluación objetiva de la situación

- b. Deterioro del funcionamiento. La ansiedad interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la situación nociva percibida, así como en la vida cotidiana en general
- c. Persistencia. En los estados anormales, la ansiedad persiste durante mucho tiempo después de lo que podría esperarse en condiciones de normalidad
- d. Falsas alarmas. La ansiedad aparece incluso en ausencia de un estímulo amenazante
- e. Hipersensibilidad a los estímulos. El estado de ansiedad es provocado por una amplia gama de eventos en los que la intensidad de la amenaza es relativamente inocua, de acuerdo con la percepción de individuos no amedrentados; lo cual señala que las personas con un trastorno de ansiedad interpretan con mucha más frecuencia situaciones como amenazantes que los que no lo ostentan.

Por su parte Heinze y Camacho (2010), en representación del Instituto Nacional de Psiquiatría, señalan que los síntomas ansiosos se convierten en un problema cuando:

- a. La duración o intensidad son mayores de lo que usualmente se relaciona con las situaciones asociadas a su aparición, tomando en cuenta el contexto social y cultural de la persona
- b. Cuando la intensidad ha llegado a interferir en la funcionalidad cotidiana
- c. Cuando las conductas destinadas a disminuir el estado repercuten en la funcionalidad de la vida diaria
- d. Cuando la persona se queja de sufrimiento emocional secundario a los síntomas o sus repercusiones
- e. Cuando la persona presenta obsesiones, compulsiones o distorsiones perceptuales y sensoriales.

Cabe resaltar que cada uno de los criterios sugeridos apuntan repetidamente, explícita o tácitamente, hacia alteraciones significativas que involucran la adaptación y la funcionalidad, comprometiendo la esfera comportamental, emocional y cognitiva; características definitorias de lo que actualmente se considera como trastorno. Según la APA (2013), un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, afectivo o del comportamiento, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo; habitualmente asociado a un estrés significativo o a una «discapacidad» social, laboral o de otras actividades importantes para un individuo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2017), los trastornos de ansiedad se ubican dentro de los trastornos mentales «comunes» debido a que son altamente prevalentes entre la población mundial. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad (de leves a severos) y en relación con su duración (de meses a años), siendo condiciones diagnosticables y diferenciadas de episodios que cualquier persona puede experimentar ocasionalmente durante la vida.

Para identificarlos, durante las últimas décadas se han consensuado y revisado criterios diagnósticos generales y fenomenológicos (a nivel internacional), que además de propiciar su propia taxonomía, han servido en la práctica clínica como guía durante el proceso de evaluación de casos y para el establecimiento de planes de intervención.

1.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad actualmente están clasificados tanto en el apartado dedicado a la salud mental en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), editada por la Organización Mundial de la Salud [OMS], como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5), de la Asociación

Americana de Psiquiatría. Para la presente exposición se ha considerado la clasificación de los trastornos de ansiedad de acuerdo con el DSM-5.

Black y Andreasen (2015) mencionan que los criterios establecidos para el diagnóstico, así como la categorización de los trastornos de ansiedad (TA), han sufrido una evolución marcada a partir del DSM-III, en el cual no sólo se presentan con una mejor estructura, sino que además, dentro de la categoría se incorpora al trastorno de pánico, al trastorno obsesivo compulsivo, y al trastorno por estrés postraumático; en el DSM-IV se incluyó el trastorno de estrés agudo; y finalmente, en la última versión (DSM-5) se decidió introducir dos trastornos que anteriormente se hallaban en la sección de trastornos con inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia (trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo); así como excluir definitivamente al trastorno obsesivo-compulsivo, y por estrés postraumático y agudo, los cuales fueron reubicados en otras condiciones. Asimismo, se incluye información sobre factores de riesgo y pronóstico, y sobre el curso y evolución de los padecimientos, entre otras modificaciones (Tortella, 2014).

De este modo, el DSM-5 incluye como parte de los Trastornos de Ansiedad, al TA por separación; al mutismo selectivo; a la fobia específica; al TA social; al trastorno de pánico; a la agorafobia; al TA generalizada; al TA inducido por sustancias/medicación; al TA debido a otra enfermedad médica; a otros TA especificados y TA no especificados. Además, están ordenados de acuerdo con el desarrollo, según la edad típica en la que inician los síntomas (APA, 2013; Tortella, 2014). A continuación se describen con mayor detalle para su identificación.

1.3.1 Trastorno de ansiedad por separación

En el trastorno de ansiedad por separación, la persona que lo padece suele sentirse y mostrarse demasiado asustada o ansiosa ante la separación posible o real de las personas por las que tiene apego, en un grado no común para el nivel de desarrollo. El “miedo o ansiedad es persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que sienten apego y sobre las situaciones que pueden llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes están vinculados” (APA, 2014, p. 189).

Este trastorno puede llegar a presentarse prematuramente a partir de la edad preescolar, y aunque su aparición puede ser en cualquier momento de la vida, es más común que inicie en menores de 12 años. Se espera que a medida que los niños van creciendo el trastorno vaya disminuyendo, y es posible que la mayoría de los que lo padecieron no lleguen a presentar trastornos de ansiedad graves el resto de su vida. No obstante, se debe tener cuidado al diagnosticar este trastorno en los niños más pequeños, ya que la ansiedad por separación puede ser normal en etapas del desarrollo temprano (APA, 2014).

Pese a que se trata de un trastorno que mayoritariamente afecta a menores de edad, éste también puede llegar a desarrollarse en adultos; la ansiedad que se manifiesta está en relación con las figuras de apego cercanas (p. ej. hijos o pareja) (APA, 2014).

Una de las principales características que muestran las personas con este trastorno es la preocupación excesiva por situaciones adversas que pudieran separarles de sus figuras de apego, por lo que tratan de evitar estar solos y realizar cualquier actividad que los aleje de ellas. En los adultos, la preocupación

desproporcionada se manifiesta al dejar a hijos o pareja por cualquier motivo; algunos incluso pueden tener pesadillas sobre sus propios temores (APA, 2014).

Asimismo quien padece el trastorno de ansiedad por separación puede mostrar síntomas físicos paralelos, como dolor de estómago y cabeza, náuseas, vómitos, etcétera. En personas de mayor edad pueden presentarse palpitaciones, vértigos, y la sensación de desmayo (APA, 2014).A continuación se muestran los criterios del DSM-5 para el trastorno de ansiedad por separación (APA, 2014, p. 190-191):

- A. “Miedo o ansiedad excesiva o 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 3 de las siguientes circunstancias:
 - 1. Malestar excesivo o recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego
 - 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño como una enfermedad, daño, calamidades o muerte
 - 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej. perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego
 - 4. Resistencia o rechazo a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo, o a otro lugar por miedo a la separación
 - 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin figuras de mayor apego en casa o en otros lugares
 - 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o adormir sin estar cerca de una figura de gran apego
 - 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación
 - 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej. dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, 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 u otros

significativos en la ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad”.

1.3.2 Mutismo selectivo

El mutismo selectivo es un trastorno en el que la persona muestra una incapacidad para hablar y comunicarse efectivamente en ciertas situaciones sociales no familiares (p. ej. la escuela) y/o con personas poco conocidas, pese a tener intacta la capacidad para hacerlo; desplegando dicha habilidad sólo en situaciones que le resultan cómodas y seguras (APA, 2014; Carro, 2012; “Intervención en Casos de Mutismo Selectivo”, 2011).

Este trastorno por lo general se muestra más en niños pequeños, y suele iniciarse antes de los cinco años de edad; aunque la mayoría de los casos se detectan hasta que acceden al contexto escolar, ya que es ahí donde hay una mayor interacción con otros individuos, además de que se les exige realizar actividades que implican la comunicación verbal y el intercambio social. Y si bien es cierto que cuando los menores comienzan con la escolaridad es común que durante su adaptación se nieguen a hablar, lo normal es que esto sea pasajero; sin embargo, en los niños que presentan este trastorno, la falta de comunicación persiste, y se generaliza ante personas y situaciones desconocidas, no siendo capaces de iniciar una conversación ni contestar a lo que otros dicen o cuestionan (APA, 2014; Carro, 2012).

Black y Andreasen (2015) mencionan que este trastorno debe distinguirse de la timidez normal y de otras razones por las que los niños se niegan a hablar, como lo puede ser el que no esté familiarizado con el lenguaje, o porque sea la primera semana o mes de clases, entre otras.

Enseguida se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5 para el mutismo selectivo (APA, 2014, p. 195):

- A. “Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existen expectativas por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones
- B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela)
- D. 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
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej. 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”.

1.3.3 Fobia específica

Quienes padecen trastorno por fobia específica experimentan miedo y/o ansiedad de manera intensa y persistente debido a la presencia o anticipación de situaciones u objetos claramente identificados, como lo pueden ser animales, lugares cerrados, oscuridad, tormentas, vuelos, sangre, procedimientos médicos, alturas, por tragar alimentos sólidos, conducir, nadar, etcétera. El miedo, la ansiedad, y por lo tanto la evitación, casi siempre aparecen inmediatamente ante la situación fóbica de forma desproporcionada en relación con el riesgo real (APA, 2014; Bados, 2009a).

Este trastorno por lo común inicia y se desarrolla durante la niñez, antes de los 12 años de edad; sin embargo, aunque se considera más común en esta etapa, también se puede llegar a desarrollar en la edad adulta, a causa de alguna experiencia perturbadora. Asimismo, las personas pueden llegar a temer y a mostrar ansiedad ante más de un objeto o situación específica, lo que conlleva el desarrollo

de más estados de ansiedad y el posible deterioro de la persona, por ejemplo en su desempeño profesional, social, o en otras áreas (APA, 2014).

Cabe subrayar que en los niños pequeños los miedos excesivos son comunes, pero también suelen ser transitorios, por lo que es importante tomar en cuenta la duración de éstos; valorar el grado de afectación; si es normal o no para su etapa de desarrollo, entre otros factores, para considerar si realmente se trata de alguna fobia (APA, 2014).

En este trastorno los síntomas fisiológicos también varían según el tipo de fobia; quienes lo padecen pueden experimentar desmayos o la sensación de los mismos, así como aceleración cardiaca, y elevación o disminución de la presión arterial, entre otros (APA, 2014; Bados, 2009a).

Algunas personas pasan muchos años evitando el objeto o situación que les causa la ansiedad, por lo que hacen cambios en su vida y en su entorno para eludirlos, lo cual provoca que muchas personas no busquen tratamiento sino sólo escapar de lo que temen; no obstante, dicha evitación puede limitar o comprometer su funcionamiento, e incluso su estado de salud físico y calidad de vida. Una fobia específica puede disminuir con la edad, pero también puede persistir hasta volverse crónica (APA, 2014; Black y Andreasen, 2015; Wolitzky, Horowitz, Powers y Telch, 2010).

A continuación se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5, para la fobia específica (APA, 2014, p. 197-198):

- A. “Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej. volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre, etc.)

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse

- B. El objeto o situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto socio cultural
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses
- F. El miedo, la ansiedad o evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento
- G. 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 tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo compulsivo) , recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Específica si:

Animal (p. ej.: arañas, insectos, perros)

Entorno natural (p. ej. alturas, tormentas, agua)

Sangre, inyecciones, herida (p. ej. agujas, procedimientos médicos invasivos)

Situacional (p. ej. avión, ascensor, sitios cerrados)

Otra (p. ej. situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños por ejemplo sonidos ruidosos o personajes disfrazados)".

1.3.4 Trastorno de ansiedad social (fobia social)

En el trastorno de ansiedad social o fobia social la persona experimenta y muestra un miedo o ansiedad intensa y persistente, ante situaciones sociales o actuaciones delante de otros en las que se expone al escrutinio. La persona teme ser observada, analizada y juzgada, así como actuar de modo embarazoso, ser visto como débil, loco, aburrido, desagradable, entre otras características que son consideradas como negativas; de modo que evita las situaciones y, si las enfrenta, las soporta con malestar intenso (APA, 2014; Bados, 2009b).

Se cree que inicia entre los ocho y los quince años de edad, “a partir de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia” (APA, 2014, p. 215), así

como después de una experiencia desagradable y/o humillante. En la edad adulta es poco probable que aparezca; sin embargo podría llegar a desarrollarse luego de pasar por una situación estresante, apabullante o por cambios de vida determinantes.

Generalmente los individuos con este trastorno llegan a buscar ser asertivos, pero lo hacen de una forma no adecuada; también tienden a mostrarse demasiado sumisos, adoptan posturas rígidas, verbalizan con voz baja, son tímidos y casi no hablan de sí mismos; buscan empleos en los que no implique el contacto social y frecuentemente consumen sustancias como el alcohol para poder sobrellevar las situaciones (APA, 2014). Afortunadamente, existe evidencia de que tras un tratamiento adecuado los síntomas suelen ir cediendo. Enseguida se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad social (APA, 2014, p. 202-203):

- A. “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. P. ej., interacciones sociales (como mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo), y actuar delante de otras personas (p. ej. dar una charla)
Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos
- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas)
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad
Nota: en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizado, aferrarse o encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses
- G. El miedo, la ansiedad o evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento), ni a otra afección médica
- I. 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
- J. Si existe otra enfermedad (por ej. enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debido a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

Especificar si: sólo actuación: si el miedo se limita a hablar o actuar en público”.

1.3.5 Trastorno de pánico

En este trastorno, la persona que lo padece experimenta ataques de pánico inesperados y recurrentes. El pánico es “una oleada repentina de miedo intenso o fuerte malestar que alcanza su máximo en cuestión de minutos, el cual se acompaña por varios de los siguientes síntomas fisiológicos: taquicardia, sudoración, temblor, opresión o malestar torácico, náuseas, mareo, parestesias, escalofríos, entre otros (APA, 2014; Frangella y Gramajo, n.d.).

Para que se considere trastorno de pánico es importante que la persona haya experimentado más de un ataque inesperado, y que además cumpla con los síntomas requeridos. El inicio de este trastorno llega a ocurrir entre los 20 y los 24 años de edad; rara vez aparece durante la infancia, y después de los 45 años de edad es muy poco probable que se desarrolle. La frecuencia de los ataques de pánico puede variar, llega a ser infrecuente (2 veces al mes), moderada (una vez a la semana) o frecuente (diario). De acuerdo con la sintomatología pueden experimentarse ataques completos o parciales (APA, 2014).

Las personas que cursan con este trastorno se preocupan demasiado por la probabilidad de que les ocurra una crisis en cualquier momento, así como por sus

implicaciones en la vida cotidiana; algunos creen que debido a ellas se pueden volver locos, piensan en que pueden perder el control o que su vida corre peligro, incluso debido a la aparición de algún síntoma físico no relacionado, o por el consumo de un medicamento. También les preocupa el ser juzgados en forma negativa por los síntomas que muestran durante el ataque de pánico (APA, 2014).

Al igual que en los trastornos anteriormente expuestos, en éste también se tiende a evitar ciertas actividades ante el miedo a que les ocurra un ataque de pánico y no haya alguien para ayudarles, por lo que dejan de hacer esfuerzo físico, reducen sus actividades diarias, e incluso llegan a evitar situaciones como el salir de casa, usar el transporte público, etcétera (APA, 2014).

De acuerdo con Frangella y Gramajo (n.d.), después de la aparición de una crisis se experimenta un gran agotamiento físico, acompañado del temor a volver a experimentar otro episodio, manteniéndose hipervigilante e inseguro. En pocos casos el trastorno llega a superarse por completo sin que haya recaídas posteriores; en algunas personas puede haber episodios con años de remisión entre ellos, mientras que en otros puede haber sintomatología intensa continuamente. A continuación se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de pánico (APA, 2014, p. 208):

- A. “Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: la aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración
3. Temblor o sacudidas
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia
5. Sensación de ahogo
6. Dolor o molestias en el tórax

7. Náuseas o malestar abdominal
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo
9. Escalofríos o sensación de calor
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo)
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo)
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”
13. Miedo a morir

Nota: se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej. acúfenos (pitidos, sonidos, etcétera), dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrollable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos

- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguiente:
 1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej. pérdida de control, tener un ataque al corazón, volverse loco)
 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (por ej. comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio y situaciones no familiares)
- C. La alteración no se puede atribuir a efectos fisiológicos o de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento), ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares)
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej. los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretas, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación”).

1.3.6 Agorafobia

La agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por una inquietud, miedo o temor intenso a abandonar el entorno familiar, o a perder el control sobre sus propias reacciones fuera de los contextos y circunstancias en los que se sienten seguros. La ansiedad se presenta al salir de casa, al estar solo, al ir a lugares donde hay mucha gente, al utilizar el transporte público, al estar en espacios

abiertos o cerrados, o al estar esperando en una fila, por ejemplo (Mental Health Association [MHA], 2011; APA, 2014).

El miedo y la ansiedad intensa que se presentan son debido a que se piensa que algo terrible puede pasar en estas situaciones, y que sería difícil escapar o conseguir ayuda, sobre todo al momento en que aparecen los síntomas fisiológicos, ya que pueden ser similares a los de un ataque de pánico, cuando no acompaña éste al cuadro de forma completa. Los niños se pueden mostrar desorientados y con la sensación de estar perdidos (APA, 2014).

En la mayoría de los casos, la agorafobia inicia antes de los treinta y cinco años, siendo la edad promedio de aparición los diecisiete años de edad; sin embargo, existe una alta incidencia en la adolescencia tardía y la vida adulta temprana; así también puede haber una segunda incidencia alta después de los cuarenta años de edad. El inicio en la infancia de este trastorno no es muy común, pero debe tenerse en cuenta que su presentación a cualquier edad puede ser repentina o desarrollada progresivamente a partir de estrés agudo, pérdida o separación de algún familiar, entre otros (APA, 2014; MHA, 2011).

El miedo y la ansiedad que experimentan las personas con este trastorno pueden variar según la proximidad de la situación, pueden presentarse anticipadamente o cuando ya se encuentran frente a la situación temida (lo cual en algunos casos deriva en ataque de pánico), por lo que las personas con este trastorno tienden a evitar las situaciones agorafóbicas realizando diversos cambios en sus actividades cotidianas o requerir apoyo permanente de algún familiar que les acompañe. Algunos casos llegan incluso a permanecer confinados en su casa, pues la ansiedad puede generalizarse para casi cualquier lugar fuera de ésta. Además, con frecuencia presentan desmoralización, sentimientos de desesperanza, enojo,

frustración, culpa y síntomas depresivos; puede haber abuso de alcohol y de medicamentos sedantes (APA, 2014; MHA, 2011).

Si la persona recibe tratamiento los síntomas disminuyen, sin embargo sólo en una pequeña parte llegan a remitir totalmente. Asimismo, si este trastorno no se trata puede ser persistente y crónico (APA, 2014; Black y Andreasen, 2015). En las siguientes líneas se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de agorafobia (APA, 2014, p. 217-218):

- A. “Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
 - 1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, barcos, trenes, aviones)
 - 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes)
 - 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatro, cine)
 - 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud
 - 5. Estar fuera de casa solo
- B. 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 u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia)
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad
- D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa
- E. El miedo o ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- H. Si existe otra afección médica (p. ej. enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal); recuerdo de

sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia se asignaran ambos diagnósticos”.

1.3.7 Trastorno de ansiedad generalizada

En el trastorno de ansiedad generalizada la persona que lo padece experimenta una preocupación excesiva y crónica multifocal, acerca de una serie de acontecimientos y actividades que ocurren en la vida cotidiana (finanzas, familia, salud, educación, futuro), aun cuando no haya razones para hacerlo; dificultando su autocontrol y la capacidad para encontrarse focalizado en las tareas diarias (APA, 2014; Stein y Sareen, 2015; National Institute of Mental Health [NIH], 2016).

Este trastorno inicia progresivamente durante la adolescencia tardía o adultez temprana, aparentemente después de los veinte años de edad, siendo la edad media de ocurrencia los treinta años, es poco probable que aparezca antes de la adolescencia. Sin embargo, podría desarrollarse en personas de cualquier edad (APA, 2014; Black y Andreasen, 2015; NIH, 2016).

En éste, la frecuencia, duración e intensidad de la ansiedad y la preocupación son desproporcionadas a la probabilidad de ocurrencia e impacto real de una situación. A las personas se les dificulta controlar la preocupación ya que siempre están pensando en lo que causa dicha aprehensión, por lo que esto llega a interferir en sus actividades diarias. Niños y adolescentes tienden a preocuparse por su competencia y la calidad de su desempeño en la escuela y otros contextos. Las preocupaciones son excesivas, penetrantes, pronunciadas y angustiantes, frecuentemente se producen sin ningún desencadenante interfiriendo significativamente en el funcionamiento psicosocial, en el desempeño de las actividades diarias y en otras áreas de funcionamiento (APA, 2014).

Las personas con este trastorno refieren sentirse inquietas, con sensación de excitación y nerviosismo, fatigarse fácilmente, tener dificultad para concentrarse y relajarse, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad, entre otras; así como síntomas somáticos como sudoración, náuseas, diarrea, dolores de cabeza, etcétera (APA, 2014; NIH, 2016). Los síntomas de este trastorno tienden a ser crónicos e intermitentes durante toda la vida. A continuación se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad generalizada (APA, 2014, p. 222):

- A. “Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
Nota: en los niños, solamente se requiere un ítem.
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
 2. Facilidad para fatigarse
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
 4. Irritabilidad
 5. Tensión muscular
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto o insatisfactorio)
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo)
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

1.3.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos

El desorden de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos ocurre como resultado directo de haber ingerido una sustancia o fármaco; los síntomas aparecen de manera inmediata, durante o después de la toma, e incluso durante su retiro o abstinencia (SA Federation for Mental Health, 2013).

Si el medicamento fue prescrito como tratamiento de algún trastorno mental u otra afección médica, los síntomas de ansiedad y pánico deberán aparecer mientras este está en curso, y una vez terminado el tratamiento deberán disminuir para después desaparecer en pocos días, algunas semanas o un mes. Algunas de las sustancias con las que se asocia la aparición de pánico y ansiedad son el alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, alucinógenos, inhalantes, estimulantes, ansiolíticos, sedantes, así como también, analgésicos, broncodilatadores, insulina, anticonceptivos orales, entre otros (APA, 2014).

Entre los síntomas que aparecen se encuentran: temor, aprehensión, problemas para concentrarse, tensión muscular, nerviosismo, inquietud y taquicardia, por mencionar algunos (SA Federation for Mental Health, 2013). Enseguida se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos (APA, 2014, p. 226):

- A. “Los ataques de pánico o de ansiedad predominan en el cuadro clínico
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (p. ej., 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 (p. ej., por ejemplo antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos)

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: solo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Se especifica si:

Con inicio durante la intoxicación: Este especificador se aplica si se cumple con los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación

Con inicio durante la abstinencia: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después de la retirada

Con inicio después del consumo de medicamentos: Los síntomas pueden aparecer al inicio de la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo”.

1.3.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

En el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica la persona que lo padece muestra una ansiedad clínicamente significativa; sin embargo, esta ansiedad es debido a un efecto fisiológico de la enfermedad orgánica que le aqueja. Es posible que llegue a experimentar una ansiedad elevada e incluso ataques de pánico (APA, 2014).

Para determinar que realmente es ansiedad debido a una afección médica se debe analizar y valorar muy bien el caso; el médico tratante debe revisar físicamente a la persona, se le deben hacer análisis de laboratorio, corroborar que realmente exista la enfermedad subyacente, descartar otras posibilidades por las que

se dé la ansiedad, valorar si causa malestar clínicamente significativo en varias áreas, entre otras valoraciones. Algunos ejemplos de las enfermedades orgánicas que muestran ansiedad son hipertiroidismo, insuficiencia cardiaca congestiva, asma, neumonía, encefalitis, entre otras. A continuación se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (APA, 2014, p. 230):

- A. “Los ataques de pánico o de ansiedad predominan en el cuadro clínico
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento)”.

1.3.10 Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría sólo se utiliza cuando la ansiedad causa malestar clínicamente significativo en lo social, en lo laboral, u otras áreas de funcionamiento, pero no se cumple con todos los criterios necesarios para considerar alguno de los trastornos de ansiedad específicos antes mencionados; sin embargo, el clínico señala el motivo específico por el que la manifestación no cumple con los criterios; por ejemplo, ataques sintomáticos limitados o ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente (APA, 2014; APA, 2013).

1.3.11 Otro trastorno de ansiedad no especificado

Esta categoría, al igual que la anterior, se utiliza cuando la ansiedad causa un malestar clínicamente significativo y no se cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de ansiedad; pero se emplea en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, incluyendo notas y evidencias con las que expone la falta o insuficiencia de información para hacer un diagnóstico más específico (APA, 2014; APA, 2013).

1.4 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016; 2017), los trastornos mentales están en aumento, entre los de mayor prevalencia se encuentran la depresión y la ansiedad. Se estima que de 1990 a 2013 aumentó cerca del 50% la incidencia de ansiedad y sus trastornos; se cree que actualmente 260 millones de personas en el mundo tienen algún trastorno de ansiedad. No obstante, aunque se sabe que éstos se encuentran entre los más comunes, existe poca información y seguimiento estadístico actualizado y específico al respecto.

Estimaciones recientes apuntan a que en todo el mundo tienen una prevalencia durante la vida que va del 13.6 al 28.8%; y se ha pronosticado que entre el 10 y el 30% de la población mundial padecerá algún trastorno de ansiedad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2003, en México los trastornos de ansiedad reportaron una prevalencia del 14.3%, siendo los más frecuentes entre la población mexicana de acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud Mental realizada en 2009; los cuales además tienen un pronóstico mucho más reservado en comparación con los trastornos depresivos (Medina et al., 2009; Heinze y Camacho, 2010; Martínez y Nelson, 2011; Ordoñez,

Espinosa, García, y Muela, 2013; Marjan, Mendieta, Díaz y Cortés, 2014; Padilla, 2014; Carvajal, Flores, Marín y Morales, 2016; Galindo, Castellanos y Moreno, 2016).

Cabe resaltar que estos trastornos se presentan con mayor predominio entre las mujeres y en la población de 15 a 45 años de edad; no obstante, también es uno de los problemas más comunes en la infancia y la adolescencia, por lo que se calcula una incidencia entre el 8.9 y el 15.4% en estas etapas de la vida, así que aproximadamente 13 de cada 100 niños y adolescentes entre 9 y 17 años de edad llegan a padecer ansiedad clínicamente significativa. Se calcula que a nivel mundial entre un 15 y un 20% de niños y adolescentes tienen o tendrán un trastorno de ansiedad, ya que son de los más frecuentes en las unidades de salud mental (Heinze y Camacho, 2010; Martínez y Nelson, 2011; Ordoñez, Espinosa, García, y Muela, 2013; Marjan, Mendieta, Díaz y Cortés, 2014; Padilla, 2014; Carvajal, Flores, Marín y Morales, 2016; Galindo, Castellanos y Moreno, 2016).

En relación con la prevalencia de cada trastorno de ansiedad, Medina y colaboradores (2009) informaron que como resultado de la Encuesta Mundial de Salud Mental para México, se halló que entre los que más se presentan en la población están la fobia específica (1.5%); el trastorno de ansiedad social (0.6%); la agorafobia (0.3%); el trastorno de pánico (0.2%); y el trastorno de ansiedad generalizado (0.2%). La misma encuesta aplicada a adolescentes reveló que las fobias, tanto la específica como la social, eran los trastornos más frecuentes entre este tipo de población (27.9% y 14.3% respectivamente).

En este mismo sentido, la investigación de Benjet y colaboradores (2009), llevada a cabo con adolescentes de la Ciudad de México, empleando la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente y la versión computarizada de la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta (WMH-CIDI-A versión adolescente) diseñada para la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental (aplicadas a una muestra

representativa de la población de entre 12 y 17 años de edad), mostró que los trastornos más frecuentes en hombres y mujeres fueron las fobias específicas y la fobia social, seguidas de la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. Todos estos presentados con mayor frecuencia en mujeres. Además, la investigación desveló que son los trastornos de ansiedad los que inician más tempranamente en comparación con otros trastornos mentales, se calculó que en la población de estudio la edad mediana de inicio fue a los seis años.

Esto último, concuerda con lo que Rapee (2016) expone en torno a que la mayoría de los trastornos de ansiedad comienzan entre la segunda infancia y la adolescencia media, y pese a que es difícil determinar con exactitud cuándo comienza un trastorno de ansiedad, existen estimaciones de edad promedio para los diferentes trastornos:

- a. Fobia específica (p. ej. a animales) – primera infancia (alrededor de 6-7 años)
- b. Trastorno de ansiedad por separación – primera a segunda infancia (alrededor de 7-8 años)
- c. Trastorno de ansiedad generalizada – adolescencia temprana (entre los 11 y 13 años)
- d. Trastorno de pánico – Adulthood temprana (alrededor de 22-24 años).

Finalmente, para el caso de la presentación de los trastornos en niños, resalta que la prevalencia varía en función de la perturbación que se trate; en el trastorno de ansiedad generalizada por ejemplo, son los niños los que se ven mayormente afectados, según informes de investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría. En el trastorno de ansiedad por separación parece no haber una diferencia estadísticamente significativa entre los géneros, aunque existe un ligero predominio en las niñas; la prevalencia global se calcula entre el 0.6 y el 6%. El trastorno de angustia sin agorafobia se diagnostica dos veces más en mujeres

que en hombres, mientras que esta relación es 3 a 1 cuando se trata del trastorno de angustia con agorafobia; respecto al mutismo selectivo, se calcula se presenta en uno de cada 1000 menores (Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña, 2010; Rodríguez y Saval, 2017).

Los datos presentados evidentemente apuntan a que los trastornos de ansiedad representan en la actualidad un problema de salud pública, pero cobran mayor relevancia cuando se sabe que éstos influyen significativamente en el desarrollo personal, en la construcción de relaciones sociales, en la funcionalidad y adaptabilidad en cualquier esfera y contexto social, en el aprendizaje y desde luego, en el establecimiento de conductas de riesgo y hábitos poco saludables, así como en el desarrollo de otras afecciones; lo cual a su vez resulta mucho más abrumador y preocupante, cuando quienes los padecen son niños y adolescentes (Benjet et al., 2009).

1.5 Principales trastornos de ansiedad que se manifiestan en la infancia y la adolescencia: Caracterización clínica

Como indica Rapee (2016), hasta hace no mucho tiempo se pensaba que la presencia de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes era un problema raro y de impacto relativamente bajo, propiciando que el conocimiento basado en evidencias respecto a su naturaleza, desarrollo y tratamiento sea menos amplio en comparación con los trastornos de ansiedad que aquejan a adultos. Sin embargo, durante por lo menos las últimas dos décadas ha aumentado el número de estudios que abordan la ansiedad en edad pediátrica, lo cual ha permitido conocer y caracterizar de manera más específica el tipo de comportamientos manifiestos, pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas que se presentan como resultado del desarrollo de un trastorno de este tipo.

Es importante destacar que no es sencillo determinar un trastorno de ansiedad en la infancia o en la adolescencia, ya que distintas manifestaciones de ansiedad pueden considerarse normales a una edad y patológicas en otros momentos evolutivos, de ahí el establecimiento de criterios diagnósticos y clínicos que permiten detectar tanto «desviaciones» cuantitativas como cualitativas, además del grado de malestar emocional y disfunción (Ballesteros, Aguado y Pérez, n.d.).

En el presente apartado no sólo se retoman directamente aquellos trastornos que de acuerdo con la literatura especializada y basados en los datos epidemiológicos disponibles tienen su inicio y se presentan en estas edades, también se intenta mostrar dicha caracterización de manera más concreta. Cabe subrayar que lo que se presenta es simplemente una descripción de algunos comportamientos, miedos, reacciones fisiológicas, etcétera, que representan clínicamente a los principales trastornos de ansiedad de presentación en la infancia y adolescencia.

1.5.1 Trastorno de ansiedad por separación (TAS)

En este trastorno, como se ha descrito, el niño o adolescente muestra una ansiedad excesiva ante la separación de las personas a las que se encuentra vinculado (generalmente a la madre) y ante el alejamiento del hogar. La ansiedad es mayor a la que se espera en niños o adolescentes de la misma edad. Experimenta malestar excesivo o recurrente al separarse del hogar o de las figuras por las que siente apego; se preocupa por el bienestar o el que puedan morir o estar en riesgo las personas de su vínculo, por lo que cuando no están con ellas siente la necesidad de saber dónde están y estar en contacto con ellas; tiene miedo a perderse, a ser secuestrado(a), a sufrir accidentes, o a situaciones que le alejen de la persona(s) a la(s) que está apegado(a). Se niega constantemente a irse a dormir sin que haya alguien con él (ella), por la noche puede irse a la habitación de los padres o de los

hermanos y tiene pesadillas recurrentes en relación con la separación; no le gusta estar solo (a) en casa o en otro lugar; muestra un aferramiento hacia los padres o figuras con quien tiene el vínculo, por lo que puede seguir a estos por toda la casa; evita asistir a actividades individuales, como a algún campamento, hacer mandados, ir a la escuela, etcétera, inclusive, los adolescentes más grandes pueden sentir ansiedad excesiva al tener que dejar el hogar por estudios. En la escuela difícilmente un menor con TAS puede estar en calma solicitando constantemente llamar al hogar para checar el paradero y bienestar de sus figuras significativas, o se queja constantemente de molestias físicas deseando ser enviado a su hogar y reencontrarse con su figura de apego (APA, 2014).

Entre los síntomas físicos comunes se encuentran el dolor de estómago y musculares, cefaleas, dolor torácico, náuseas y vómitos, los cuales aparecen antes y durante la separación de la figura vinculada. En los niños más grandes y en los adolescentes se pueden mostrar síntomas cardiovasculares como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo. Al estar alejados del hogar los niños pueden presentar apatía, retraimiento social, tristeza, dificultad para concentrarse en el trabajo o en el juego. En ocasiones se llegan a mostrar coléricos cuando prevén la separación, por ello es que los niños con TAS son descritos como inseguros, egocentristas, rabiosos y con una necesidad constante de atención (Pacheco y Ventura, 2009; Figueroa, Soutullo, Ono y Saito, 2016).

En la observación clínica, la díada madre-hijo se aprecia tensionada y sobrereactiva a situaciones de separación; con frecuencia los padres se muestran sobreprotectores o inseguros, y el estilo de apego es asincrónico y disarmónico (Pacheco y Ventura, 2009).

Es importante considerar que las manifestaciones del trastorno pueden variar según la edad, encontrando que en los niños más pequeños la ansiedad puede

causar mayores molestias físicas en comparación con los más grandes, quienes cuentan con mayor capacidad para verbalizar la ansiedad o el temor de los peligros potenciales que les amenazan (Pacheco y Ventura, 2009).

Además, los síntomas pueden tener un inicio agudo o insidioso, precedidos por un estrés significativo ante situaciones de enfermedad o el fallecimiento de un ser querido o mascota, o bien debido a la experimentación de cambios de escuela o casa, por acoso escolar, etcétera, mientras que su curso puede caracterizarse por períodos de exacerbación y remisión, algunos casos incluso se recuperan completamente sin ninguna secuela aparente, y otros tienen largos períodos asintomáticos intercalados con períodos de recurrencia que pueden ocurrir ante situaciones en las cuales se les exige mayor autonomía. Resalta también el hecho de que el trastorno puede prolongarse hacia la adultez, pudiendo asociarse posteriormente con otros trastornos de ansiedad (Trastorno de pánico o agorafobia) o afectivos (Figuroa et al, 2016; APA, 2014; Pacheco y Ventura, 2009).

Cabe subrayar que los límites de los síntomas clínicamente significativos pueden variar dependiendo de factores culturales y educacionales; sin embargo, es evidente que el TAS interfiere significativamente en las actividades diarias de niños y adolescentes que lo padecen, así como en la adquisición de los hitos normales del desarrollo (Figuroa et al, 2016; APA, 2014; Pacheco y Ventura, 2009).

1.5.2 Mutismo selectivo (MS)

Los niños con este trastorno no hablan con otros pequeños de su edad ni con adultos, a menos que sean sus padres, hermanos o familiares cercanos. Por lo que en interacciones sociales no inician conversaciones ni responden recíprocamente cuando los demás les hablan, siendo claro que la característica definitoria de este trastorno se encuentra en la ansiedad que les provoca hablar y establecer

interacciones sociales donde existe una expectativa de intercambio verbal; de modo que es posible estar frente a un MS cuando el niño o adolescente no habla en determinados lugares “selectivos”, pero si lo hace con toda normalidad en al menos un entorno (p. ej. hogar), y esto interfiere en su capacidad para funcionar normalmente en ámbitos educativos y/o sociales (APA, 2014; Red Norteamericana de Ansiedad en la Infancia, 2004).

De acuerdo con la Red Norteamericana de Ansiedad en la Infancia (2004), los menores con MS pueden comportarse como cualquier otro en entornos confortables, pero los diferencia su severa inhibición verbal en ciertos ámbitos sociales, debido a que se sienten como si estuvieran constantemente en un escenario, enmudeciendo, e incluso paralizándose frente a sus espectadores; algunos incluso permanecen sin expresión mostrando un lenguaje corporal rígido o desgarbado, evitan el contacto visual y suelen buscar espacios donde sean poco visibles. Con el paso del tiempo aprenden a relacionarse con personas escogidas, y a participar en ciertos ámbitos estableciendo una comunicación en voz baja, emitiendo gruñidos, cuchicheos al oído, gestos, o usando la escritura como forma de comunicación. También llegan a participar en encuentros y juegos sociales siempre y cuando no impliquen hablar, lo cual lleva a que sean considerados tímidos en exceso, aislados y retraídos. En algunas ocasiones suelen hacer berrinches, interpretándoseles como controladores y negativistas, sobre todo cuando no muestran signos visibles de ansiedad, pero tampoco responden o tardan en hacerlo, y si lo hacen es mediante intervenciones con frases cortas o monosílabos (Martínez, 2004, cit. en: Carro, 2012).

Naturalmente, las relaciones sociales les resultan muy difíciles, pese a estar dispuestos e incluso deseosos de participar en encuentros sociales, lo cual impacta sobre su desarrollo social; algunos casos son víctimas de burlas, humillaciones y abuso, ante lo cual les es prácticamente imposible defenderse, constituyendo un problema adicional que se acentúa entre los niños que lo padecen y que por su

edad están obligados a enfrentarse a círculos sociales extendidos (Red Norteamericana de Ansiedad en la Infancia, 2004).

Por otra parte, hay informes que indican que el mutismo selectivo se llega a superar; sin embargo, existen casos en los que la condición persiste durante años, afectando seriamente el desarrollo emocional y cognitivo, así como la adaptación al entorno; no obstante, se trata de un trastorno no muy estudiado y difundido, por lo que hay muchas dudas sobre su persistencia, etiología y curso (Rodríguez y Saval, 2017; APA, 2014; “Intervención en Casos de Mutismo Selectivo”, 2011).

1.5.3 Fobia específica (FE)

Por lo general, una FE se desarrolla normalmente después de haber experimentado algún acontecimiento traumático específico, por ejemplo el haber sido atacado por un perro, tras un choque o accidente vehicular, e incluso por recibir información sobre alguna catástrofe o hecho desafortunado (APA, 2014). De modo que los niños y adolescentes con este trastorno muestran miedo o ansiedad excesiva ante objetos o situaciones claramente identificados. La ansiedad que experimentan es desproporcionada en relación con el peligro real de la situación u objeto, lo cual les lleva a evitarlo a toda costa, produciéndoles un elevado malestar emocional con repercusión funcional (APA, 2014; Güerre y Ogando, 2014).

Existen diversas categorías de fobia específica en función del objeto o situación que la causa, algunas son (APA, 2014; Rapee, 2016):

- a. Animales (p. ej.: arañas, insectos, perros, aves)
- b. Entornos naturales (p. ej. alturas, tormentas, agua, oscuridad)
- c. Sangre, heridas, enfermedad (p. ej. agujas, inyecciones, procedimientos médicos invasivos)
- d. Situacionales (p. ej. avión, ascensor, sitios cerrados)

- e. Otras situaciones (p. ej. sonidos ruidosos, criaturas imaginarias, personajes disfrazados, máscaras, miedo a ahogarse o a vomitar).

En este trastorno al exponerse ante el estímulo fóbico se provoca la respuesta ansiosa de inmediato, llegando a variar en grado de intensidad de acuerdo con la manera y momentos de exposición, y con la proximidad del objeto o situación; por ejemplo, si el niño está frente a la situación amenazante pero está acompañado por alguien, el malestar puede ser menor que si estuviera solo; además, también depende del tiempo que dura la exposición al objeto o a la situación, llegando incluso a presentarse crisis de pánico cuando ésta supera los mecanismos de afrontamiento (APA, 2014); así que comúnmente los menores buscan evitar la situación u objeto fóbico, rehusando pasar por túneles, puentes, entrar en una habitación oscura, aceptar una actividad en un ambiente que provoque la fobia, ir al médico, etcétera; inclusive, el estímulo fóbico se evita hasta en imagen, y en caso de que no se pueda evitar, se experimenta una ansiedad y un miedo intenso (APA, 2014).

En la edad pediátrica, la FE puede provocar llanto y rabietas; algunos menores pueden paralizarse y buscar aferrarse a una situación, objeto o persona que les dé seguridad y les evite o retire de la exposición; en los de mayor edad se espera expresen verbalmente las sensaciones y pensamientos que el objeto o situación fóbica les provoca (p. ej. “me siento asustado”; “el pájaro me pica/araña”; “¿tengo que dormir con todas las luces apagadas?”); además, pueden hallarse alteraciones del sueño y el desarrollo de hábitos que disminuyan la tensión, como chuparse el dedo pulgar, morderse las uñas, frotar alguna parte del cuerpo, entre otros. Evidentemente, las respuestas fisiológicas aparecen, entre las más frecuentes están la sudoración de manos, temblores, sequedad de boca, dolor de estómago y cabeza, náuseas, mareos, aumento de la frecuencia cardíaca, cambios respiratorios y dolor torácico (Matthews, 2010).

Resalta también, el que con regularidad algunos infantes pueden desarrollar múltiples fobias específicas. De acuerdo con Castro, Bagley, Brown y Mecum (2013), quienes padecen una FE pueden temer a más de una situación u objeto, por lo que es muy importante la valoración clínica de cada caso, considerando el grado de invalidez, la duración del temor, la frecuencia de evitación, si el miedo es típico para la etapa de desarrollo o no, entre otros factores, ya que la ansiedad y el deterioro que causa este trastorno aumenta si son más de un objeto al que se teme (APA, 2014).

1.5.4 Fobia social (FS)

Los niños y los adolescentes que la presentan muestran un intenso temor y ansiedad a situaciones y entornos sociales cotidianos en los que pueden ser analizados por otros. Los síntomas aparecen al tener que interactuar o actuar frente a pares y adultos desconocidos, o con quienes se sienten inseguros. Para cualquier persona, comer o beber en público por ejemplo, no constituye problema alguno, pero para el fóbico social hacer algo como esto es impensable, pues viven con el temor de hacer algo embarazoso, ser humillados y evaluados negativamente; o juzgados como débiles, tontos, aburridos, intimidantes, sucios o desagradables, así como que en medio de sus actuaciones aparezcan síntomas como ruboración, sudoración, temblores, trabarse al hablar, etcétera; por lo que evitan asistir o llevar a cabo actividades escolares y extracurriculares (APA, 2014; Castro et al., 2013; Cederlund, 2013).

En los niños más pequeños la ansiedad puede expresarse a través del llanto, rabietas, inmovilidad, aferramiento, o encogimiento; pero en general, quienes lo padecen suelen mostrarse sumisos, tímidos, retraídos, no hablan sobre sí mismos, y se comunican a menudo con una voz demasiado suave o baja. Además, estudios

comparativos con muestras poblaciones de niños y adolescentes con FS y control, han revelado que los primeros tienden a calificar sus sentimientos y cogniciones de forma más negativa, mostrando indefensión y propensión a elegir soluciones evitativas (APA, 2014; Cederlund, 2013).

Los síntomas que una FS desencadena pueden experimentarse tanto cuando quien lo padece se sabe observado o cuando tiene que actuar frente a los demás; por lo que existen situaciones típicas temidas que a grandes rasgos se clasifican en (Bados, 2009b):

- a. Intervenciones públicas: hablar/actuar en público, presentar informes, intervenir en grupos formales
- b. Interacción informal: iniciar, mantener y concluir conversaciones, unirse a actividades en marcha, hablar de temas personales, hacer cumplidos, relacionarse con el sexo opuesto, concertar citas, asistir a fiestas, llamar a alguien por teléfono, recibir críticas, conocer gente nueva
- c. Interacción asertiva: hacer una reclamación, devolver productos, hacer o rechazar peticiones, expresar desacuerdos, mantener opiniones, interactuar con figuras de autoridad
- d. Ser observado: comer, beber, escribir, trabajar o telefonar delante de otros, usar servicios públicos, entrar en un lugar donde ya hay gente sentada, ser el centro de atención de una reunión, etcétera.

Según Bados (2009b), entre las situaciones más temidas se hallan: hablar en público y actuar delante de otros; le siguen participar en encuentros y charlas informales; iniciar y mantener conversaciones con gente desconocida, ir a fiestas, situaciones que implican asertividad y hablar con figuras de autoridad. Ahora bien, de acuerdo con Hope y Heimberg (1993, como se cita en Bados, 2009b), existe una jerarquía entre las situaciones que provocan la fobia, de modo que si el niño o adolescente la presenta simplemente por sentirse observado, el grado de ansiedad

se incrementará exponencialmente ante la necesidad de actuar frente otros; algunos incluso llegan a desarrollar ataques de pánico; lo cual conlleva que las evitaciones se expresen de forma sutil o de manera un tanto violenta y generalizada; y que varíe en diversas ocasiones, pudiendo también presentarse de forma anticipatoria (APA, 2014). Los síntomas fisiológicos van desde los temblores, hasta la disnea y mareos.

El inicio de la FS ocurre generalmente durante la última infancia o la adolescencia temprana; puede desarrollarse lentamente o de forma repentina, sobre todo cuando se ha experimentado un evento traumático (intenso sentimiento de vergüenza o miedo frente a otros) (Cederlund, 2013).

1.6 Etiología y factores de riesgo y mantenimiento

De acuerdo con diversas investigaciones, son múltiples los factores que interactúan e influyen en el desarrollo y mantenimiento de un trastorno de ansiedad infantil. En el DSM-5, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) señala que estos factores pueden ser:

- a. **Temperamentales** (afectividad negativa, inhibición conductual, etcétera),
- b. **Ambientales/Situacionales/Educacionales** (estrés, padres sobreprotectores, controladores, ausencia o pérdida de los padres, divorcio de los mismos, entre otras),
- c. **Genéticos** (si los padres padecen algún trastorno de ansiedad, es probable que los hijos padezcan alguno) y
- d. **Fisiológicos** (se sabe que sistemas neuronales están involucrados en el desarrollo y mantenimiento de algunos de los trastornos de ansiedad).

Hasta el momento, se ha descrito que cierto tipo de experiencias de vida, creencias, violencia familiar, negligencia infantil, separación de los padres o ausencia materna, estilos de crianza y parentales (críticos, punitivos o sobreprotectores), acontecimientos vitales estresantes, así como condiciones/ambientes sociales desfavorables y adversidades económicas, pueden impactar y predisponer para la gestación de algún trastorno de ansiedad en la edad pediátrica. A esto se suma el tener una historia familiar de enfermedades crónicas, o padres con trastornos mentales, entre los que destacan los de ansiedad y depresión; el presenciar o tener un historial de eventos traumáticos y estar expuestos a acosos y tensiones, aunado a baja estima, pobre capacidad de resiliencia y de regulación emocional, temperamento introvertido e inhibido, haberse criado con mayor aislamiento social y con un menor apoyo emocional parental (Ruíz, 2005; Orgilés, Espada y Méndez, 2008; Peña y Ramos, 2009; Ponce, 2010; Padilla, 2014). Inclusive, Patiño (2011), señala que ha habido casos en que síntomas de ansiedad y ataques de pánico se han presenciado en pacientes pediátricos tras inhalar aire enriquecido con dióxido de carbono, por lo que para algunos dicho factor ambiental puede ser potencialmente de riesgo.

Por otra parte, se sabe que los trastornos de ansiedad pueden transmitirse genéticamente. De acuerdo con Rapee (2016) existen estimaciones que indican que alrededor del 40% de la varianza en los síntomas de ansiedad y en los diagnósticos de trastorno de ansiedad está mediado por factores genéticos. Estudios con gemelos han mostrado que aproximadamente entre el 30 y el 40% de la varianza en los síntomas se puede atribuir a la heredabilidad; no obstante, la investigación al respecto es escasa y a la fecha no existe evidencia que asocie algún gen con la ansiedad específicamente (Barkley, 2017); la exploración hasta el momento se ha dirigido en torno a genes que se relacionan con la transportación de neurotransmisores como es el caso del 5HTTLPR (transportador de serotonina), sin embargo, este gen ha sido asociado con diferentes trastornos.

Al respecto, se ha señalado que desequilibrios bioquímicos con implicación de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, la norepinefrina y de receptores GABA (Acido gamma amino butírico), están involucrados en la producción de ansiedad (Cárdenas, Feria, Palacios & de la Peña, 2010; Maldonado, 2007; Medina, 2015).

Como puede notarse, así como las manifestaciones de la ansiedad tienen múltiples dimensiones, también los factores implicados en la génesis y mantenimiento de los trastornos son complejos y polifacéticos; de manera más concreta a continuación se exponen algunos de los que intervienen específicamente en los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica.

- a. Trastorno de ansiedad por separación. Entre los factores ambientales, está el experimentar estrés vital, como una pérdida de un ser querido o una mascota; el haber padecido una enfermedad o saber que alguno de los familiares a quien se está significativamente vinculado la padece; cambio de escuela o domicilio, divorcio de los padres, emigración, o que haya habido algún evento grave por el que el niño o adolescente ha tenido que separarse de los individuos con quienes está vinculado; e incluso, el que un adolescente se convierta en padre. Además, puede influir el que los padres sean sobreprotectores o intrusivos. En relación con factores genéticos; evidentemente se cree que el trastorno es hereditario, en estudios realizados con gemelos se ha encontrado que hay una heredabilidad del 73%. También se ha observado que los niños con el trastorno tienen una gran sensibilidad a la estimulación respiratoria con aire abundante en CO₂, por lo que un medio ambiente rico en este componente podría ser un factor de riesgo (APA, 2014)

- b. En el mutismo selectivo, intervienen principalmente factores temperamentales y educacionales, entre los que destacan la afectividad negativa y la inhibición conductual; así como el que haya una historia familiar de timidez, de aislamiento social, ansiedad social, y un estilo de crianza controlador o sobreprotector. Entre los fisiológicos, se ha indicado que una mayor activación de la amígdala, o una menor actividad en áreas prefrontales pudieran estar implicadas en la aparición de los síntomas (Cárdenas et al., 2010)
- c. En la Fobia específica nuevamente aparecen como principales factores predisponentes los temperamentales, seguidos de los ambientales/educacionales como lo son la sobreprotección, ausencia o pérdida de los progenitores; pero también el maltrato, la negligencia y el abuso, así como el haber experimentado algo negativo o traumático en relación con el objeto o situación temida. Respecto a factores genéticos, existe susceptibilidad a desarrollar una FE de categoría específica cuando alguno de los familiares cercanos la presenta; por ejemplo, una persona con algún familiar que teme a los animales tiene mayor probabilidad de también temer a éstos (APA, 2014)
- d. Para el desarrollo del Trastorno de ansiedad social, cobran relevancia los factores temperamentales, así como el maltrato infantil u otras situaciones adversas. Además, se ha hallado que la inhibición conductual está influenciada por la diada gen-ambiente, los niños que padecen una alta inhibición conductual son más propensos a las influencias ambientales, pero también con frecuencia provienen de padres que muestran ansiedad social (APA, 2014).

Aunado a lo descrito, es importante tener en cuenta que existen factores como el reforzamiento social y la falta de diagnóstico y atención temprana, que ayudan a mantener los trastornos. De acuerdo con Ponce (2010), desde la

perspectiva conductual es el reforzamiento el que los mantiene, ya que al evitar lo que provoca el malestar se recibe una recompensa, en este caso el alivio. Asimismo, Peña y Ramos (2009) hacen mención que el reforzamiento negativo y positivo son los que mantienen los trastornos de ansiedad. Por su parte, Maldonado (2007) menciona que al no ser atendidos los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica éstos pueden mantenerse hasta la edad adulta. Un estudio longitudinal retomado por la misma autora, llevado a cabo con un grupo de niños con problemas de ansiedad a quienes no se les dio tratamiento alguno durante siete años, reveló que la mayoría de ellos continuaban con los síntomas. A esto se agrega el informe de Téllez (2012), en el que destaca que el sufrimiento emocional que experimentan es capaz de arraigar aún más el trastorno.

En resumen, el que el menor no reciba tratamiento o se le haga un diagnóstico incorrecto; que no haya un tratamiento a tiempo o no reciba el tratamiento adecuado, pueden llevar a mantener el trastorno de ansiedad que se esté presentando, así como desarrollar otros trastornos ansiosos o mentales.

1.7 Comorbilidad

De acuerdo con Gutiérrez (2017) y Rapee (2016), existe una fuerte superposición o comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y otros trastornos «internalizantes» como la depresión, así como con trastornos conductuales o neurocognitivos (p. ej. trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

De manera específica, se ha identificado que el trastorno por separación se superpone a menudo con los trastornos de ansiedad generalizada y la fobia específica. El mutismo selectivo presenta con frecuencia comorbilidad con el de ansiedad social, seguido por el trastorno de ansiedad por separación y la fobia específica; los menores con este trastorno también llegan a mostrar algunas

características oposicionistas, o puede relacionársele con algún trastorno o retraso de la comunicación. La fobia específica rara vez se manifiesta sola, ya sea porque se tengan múltiples fobias específicas, o porque se desarrolle en conjunto con depresión u otros trastornos de ansiedad, como la agorafobia por ejemplo. Y en el caso del trastorno de ansiedad social, la comorbilidad se presentan también con otros trastornos de ansiedad, con la depresión, con trastornos de personalidad y por consumo de sustancias (APA, 2014).

Cabe señalar que de acuerdo con Costello y colaboradores (2003, como se cita en Rapee, 2016), la superposición entre los trastornos de ansiedad y el abuso de alcohol no aparece antes de la adolescencia tardía o adultez temprana.

Capítulo 2. Efectos cognitivos, emocionales y conductuales de la presencia de trastornos de ansiedad durante la infancia y adolescencia

A partir de lo referido, es claro que la presencia de trastornos de ansiedad en la niñez y la adolescencia es perjudicial tanto para la salud física como mental, ya que estos impactan en el desarrollo y funcionalidad cotidiana, al traer consigo efectos emocionales, cognitivos y conductuales.

Con dificultad, un niño o adolescente con alguno de los trastornos descritos es capaz de socializar adecuadamente; de establecer relaciones funcionales o de comunicarse efectivamente con otros chicos de su edad o con adultos; en muchos casos, adolescentes con FE y FS hacen uso de sustancias como el alcohol u otras drogas legales o ilegales para poder enfrentar las situaciones que se les presentan, o para darse valor para socializar, lo cual les puede llevar al desarrollo de un consumo dependiente. Obviamente, esto nos dirige hacia señalar que esta dificultad para establecer relaciones e interacciones apropiadas limita el desarrollo social, la adaptación y la adquisición de habilidades necesarias para la vida. Pero los efectos del padecimiento de algún trastorno de ansiedad también alcanzan el círculo social donde teóricamente pudieran sentirse más seguros, la familia. La presencia de la sintomatología ansiosa afecta por lo común las relaciones con los padres, hermanos u otros miembros, llegando en algunos casos a la agresión verbal o física por la falta de conocimiento sobre el trastorno y sobre su impacto. En el área educativa, el aprendizaje y rendimiento escolar se ve afectado, lo que puede llevar al fracaso escolar y a la generación de problemáticas conductuales con las figuras de autoridad (padres, maestros). Si los adolescentes trabajan, la ansiedad puede afectar en su rendimiento laboral hasta llevarlos a perder el trabajo. Naturalmente, muchas de las actividades recreativas, intelectuales, artísticas, deportivas, etcétera, llegan a ser pospuestas o evitadas, con lo que se restringe o retrasa el desarrollo de múltiples habilidades y capacidades motoras, sensoriales, cognitivas y afectivas,

reduciendo la calidad de vida (Maldonado, 2007; Doval, Martínez y Doménech-Llberia, 2011; Clark y Beck, 2012; Albor, 2017).

Lo que hasta ahora se ha comentado grosso modo, si bien resulta ser suficiente para reconocer que los trastornos de ansiedad en la edad infantil y durante la adolescencia son condiciones que precisan de atención debido a que pueden llegar a afectar seriamente el desarrollo y la funcionalidad, es importante considerar un acercamiento a cómo afectan las esferas de lo cognitivo, lo conductual y emocional, a fin de incorporar dicho conocimiento en los procesos de evaluación e intervención de casos.

2.1 Cognitivos

Aunque llanamente el término cognición se emplea “para designar todos los procesos que implican la acción de conocer” (Warren, 2013, p. 53), o como “toda forma de conocimiento y conciencia, [a partir de procesos como] la percepción, pensamiento, recuerdo, razonamiento, juicio, imaginación y solución de problemas” (APA, 2010, p. 267). En el presente trabajo se emplea el término para referirnos a todos aquellos procesos psicológicos básicos y superiores que posibilitan el desarrollo y la construcción de todo conocimiento y actividad mental; por lo que en las siguientes líneas se hace alusión a los principales efectos que la ansiedad produce sobre determinados procesos cognitivos.

De manera consensuada, las investigaciones conducidas a averiguar qué procesos cognitivos pueden verse afectados por la presencia de trastornos de ansiedad señalan que las principales afectaciones se observan en las funciones atencionales, mnémicas y de funcionamiento ejecutivo.

Uno de los principales efectos atencionales que la ansiedad crónica y disfuncional trae consigo, es la presencia a una capacidad atencional autofocalizada excesiva, la cual alude al proceso que consiste en dirigir la atención sobre cualquier aspecto de sí mismo, por ejemplo sobre las propias sensaciones físicas, emociones y pensamientos, en contraposición a dirigir la atención a los estímulos ambientales y tomar conciencia de la información externa (Roth y Tucker, 1986 cit. en: Sanz, 1992), lo cual se relaciona con dificultades halladas para controlar y cambiar el foco atencional, en detrimento de la correcta realización de tareas. De acuerdo con Carrasco (2016), los estímulos negativos o amenazantes provocan una mayor “captura” o activación de la atención en general, pero los individuos ansiosos tienen dificultad para controlarlos, lo cual hace que la atención persista focalizada en dicho estímulo, dejando de lado todos aquellos que son relevantes para el enfrentamiento de la situación y la realización de tareas o actividades.

Evidentemente, lo anterior apunta a la existencia de dificultades en las capacidades de atención sostenida, selectiva y dividida, y de forma importante en el procesamiento de información; lo que a su vez llega a repercutir sobre la memoria de trabajo y el almacenamiento de información en la memoria verbal y visoespacial, todas ellas capacidades comprometidas en mayor o menor medida en los trastornos de ansiedad (Palomares, Campos, Ostrosky, Tirado y Mendieta, 2010; Montoya, 2008, cit. en: Becerra, 2014; Pena y Maldonado, 2015).

A esto se agrega la falta de control inhibitorio y limitaciones en las capacidades de toma de decisiones y resolución de problemas, en la fluidez verbal y no verbal, en el control de interferencia y en la flexibilidad cognitiva, principalmente. Es importante contemplar que las afectaciones a las funciones mencionadas varían de acuerdo con cada tipo de trastorno y, desde luego, con cada caso, aun así Pena y Maldonado (2015) advierten que considerar los errores que pudieran presentarse en este tipo de funciones es de suma importancia, debido

a que todas ellas en niños y adolescentes se encuentran en pleno desarrollo, así como el hecho de que las fallas en éstas influyen en la percepción de la realidad, en la capacidad de respuesta, en la consecución de actividades que implican la valoración y elección de alternativas, en la comprensión de contenidos y, en última instancia, en el aprendizaje.

Al respecto, quizás la relación más consistente que hasta ahora se ha hallado ha sido entre la ansiedad y el rendimiento académico; entre las principales causas del descenso en este rubro se encuentran el que no logran con totalidad la adquisición de conocimientos escolares y/o no les es posible demostrar adecuadamente lo aprendido, debido a la disminución en las capacidades de atención focalizada, sostenida y selectiva; a deficiencias en el procesamiento, organización, mantenimiento, manipulación, almacenamiento y evocación de la información; así como en el control de interferencia y resolución de problemas; a que tienden a ser poco flexibles para adaptarse a los procesos de aprendizaje, y a factores emocionales y relacionados con hábitos/habilidades de estudio que se entrelazan con los procesos cognitivos (Becerra, 2014; Grasses y Rigo, 2010; Moreno, Escobar, Vera, Beltrán y Castañeda, 2009; Jadue, 2001).

A partir de lo señalado, es de esperarse que un bajo rendimiento académico sea a la vez un resultado de altos niveles de ansiedad y, una causa más o fuente generadora de ésta, dependiendo de si el mal rendimiento se convierte en otro factor ansiógeno (Grasses y Rigo, 2010).

De esta manera, se entiende que la ansiedad desadaptativa más allá de causar estragos comportamentales no deseados, lo hace también a nivel cognitivo, afectando la eficiencia del aprendizaje y el rendimiento escolar, de ahí que sea vital examinar e intervenir en esta área.

2.2 Emocionales

Según Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009), las emociones son reacciones psicofisiológicas que cumplen con una función adaptativa ante aquello que implica peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, entre otras. Éstas hacen que haya cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y en la conducta expresiva. Asimismo, desde el punto de vista psicológico las emociones como el miedo, la alegría, la ira, la tristeza, el asco, la sorpresa, son catalogadas como básicas debido a que se presentan en todos los humanos. Éstas nos activan, son parte de la comunicación con los otros, y funcionan como motivo de la conducta. También se consideran negativas y positivas, en relación con la experiencia que evocan, ya sea agradable o desagradable.

Como ya se ha mencionado, si bien la ansiedad en la niñez tiene efectos negativos en lo relacionado con las interacciones psicosociales, siendo la mayoría de los casos «menos competentes»; los niños y adolescentes que sufren ansiedad tienen además un mayor riesgo de desarrollar trastornos conductuales y emocionales que se asocian con una inestabilidad afectiva (Jadue, 2001).

De acuerdo con González et al. (2016), Veloz (2016), Salcedo (2014), Téllez (2012), Moreno et al. (2009) y Jadue (2001), los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad son proclives a presentar de forma asidua:

- a. Sentimientos de vergüenza, impotencia, soledad, culpa, desconfianza, enojo, tristeza y de bajo logro personal e indefensión
- b. Baja tolerancia a la frustración
- c. Desesperanza aprendida
- d. Pobres expectativas sobre sí mismos
- e. Poca motivación intrínseca

f. Pobre autoconcepto y estima personal.

Todo lo cual, contribuye al mantenimiento del trastorno que se trate, pero también a conservar la falta de «empoderamiento» que les permita sortear eficazmente las situaciones cotidianas a las que se enfrentan, lo cual provoca el que difícilmente resistan los efectos de la frustración; que sus habilidades sociales sean deficientes, llegando a relacionarse con distancia, negativa o agresivamente; que presenten muy poca motivación para emprender y llevar a cabo actividades; y a que desarrollen aislamiento social, entre otros.

Lo anterior, a su vez supone limitaciones importantes en el desarrollo del control emocional; ya Rubalcaba, Gallegos, Flores y Fluquez (2013) han hablado acerca de la alta correlación negativa que existe entre la inteligencia emocional y los rasgos de ansiedad. Evidentemente, las implicaciones de esta falta de regulación y estabilidad conllevan desde la insatisfacción e incomodidad más o menos constante en las distintas etapas de la vida, hasta el sufrimiento emocional total, en donde todo lo que se experimenta se tiñe de angustia, lo que llega a desencadenar no sólo otros trastornos ansiosos o depresivos, sino ideaciones suicidas, que en algunos casos concluyen en la muerte.

En concordancia con esto último, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) alerta sobre que algunos de los trastornos de ansiedad pueden inducir al suicidio, entre ellos, la fobia específica y el trastorno de pánico. El riesgo aumenta cuando se experimenta una FE comórbida con otros trastornos de ansiedad y de personalidad. Sin embargo, en el trastorno de pánico hay mucha más probabilidad tanto de ideación suicida como de intentos de suicidio, más aun si existen antecedentes de maltrato infantil. García et al. (2010) al realizar un estudio sobre los factores de riesgo de suicidio, encontraron que la ansiedad generalizada puntúa significativamente como factor de riesgo para desarrollar conductas suicidas. Por su

parte, Martínez (n.d.) informó que la frecuencia de suicidios por trastornos de ansiedad, llega a ser de 17 por cada 100 pacientes. Los riesgos aumentan cuando además se encuentra un abuso de sustancias, depresión, trastornos alimentarios y estrés postraumático.

Las emociones que se experimentan son capaces de llevar al abandono de sí mismo y de detener y desfigurar proyectos de vida; en el mejor de los casos las metas llegan a cumplirse de forma retrasada; pero quizás lo más importante, es que al experimentar constantemente ansiedad ante una situación u objeto amenazante, real o imaginario, las actividades cotidianas comienzan a carecer de sentido y significancia, disminuyendo con ello el disfrute que en otros provocan, e impactando directamente sobre el desarrollo intelectual, profesional, social, etcétera.

2.3 Conductuales

Jiménez (2013) menciona que los trastornos de ansiedad fungen como un factor de riesgo para que los adolescentes desarrollen conductas de riesgo como el consumo de alcohol y otras drogas, así como trastornos de alimentación (anorexia, bulimia), entre otros. Los jóvenes que padecen el trastorno de ansiedad social o agorafobia por ejemplo, consumen alcohol a manera de soslayar los síntomas de la ansiedad; sin embargo, esto les puede llevar a involucrarse en otras conductas riesgosas como manejar alcoholizados, actuar en forma violenta, mantener relaciones sexuales con múltiples personas sin protección, consumir otras sustancias como la cocaína u otras drogas ilegales, lo que a su vez les traería más problemas, tanto de salud como con la familia, en la escuela, con las autoridades, etcétera; además dichas prácticas pueden afectar la maduración y el desarrollo físico y cognitivo. Gil (2009) detalló que en diversos estudios se ha encontrado una relación entre la ansiedad social y el consumo de alcohol, de tabaco y cocaína; según este autor el consumo de estas sustancias se da después de desarrollar el trastorno de ansiedad.

En relación con conductas alimentarias, Mireles (2017) comenta que cuando la ansiedad está presente frecuentemente, ésta puede manifestarse a través de la pérdida del apetito o en el exceso del mismo; muchos niños y adolescentes disminuyen su ansiedad de forma rápida y pasajera, al masticar, desgarrar y triturar alimentos, por lo que llegan a ingerir comida en forma descontrolada, llevándoles al aumento de peso y obesidad. Lo cual les traería problemas de salud, de autoestima, en su desarrollo social, entre otros.

Por otra parte, Orgilés, Fernández-Martínez, González y Espada (2016) informan que el trastorno de ansiedad por separación causa efectos negativos en relación con los hábitos de sueño. Los niños que lo padecen muestran conductas como el no querer ir a dormir, hacerlo hasta que estén dispuestos o como ellos lo deseen hacer, por lo que además de los problemas cognitivos o de salud que les pueda traer el no dormir, también ocasiona problemáticas intrafamiliares que en ocasiones terminan en la agresión física y verbal, mermando la calidad del sueño y aumentando la ansiedad.

Asimismo, existen casos que manifiestan su ansiedad y su reacción ante las circunstancias por medio del enojo, lo que les lleva a comportarse agresivamente o mediante conductas inapropiadas con sus pares y figuras de autoridad (padres y maestros) (Barkley, 2017).

Además de lo descrito, la preocupación excesiva que se experimenta en la mayoría de los trastornos de ansiedad, evita que los niños o adolescentes realicen sus actividades de forma rápida y eficiente, lo cual lleva a que en la escuela no terminen sus trabajos escolares a tiempo, provocando malas notas y un bajo rendimiento académico. En casa con frecuencia se les dificulta realizar sus actividades (p. ej. domésticas o recreativas), debido a que pueden estar tan

preocupados que no pueden disfrutar de las mismas; además, algunos tienden a repetirlas hasta que a juicio de ellos están perfectas, lo que contribuye a que no las finalicen a tiempo (APA, 2014).

Por otro lado, y como ya se había señalado, la ansiedad causa que los niños o adolescentes se pierdan de nuevas experiencias, de conocer a otras personas, y de desarrollar habilidades que pueden ser útiles para su desempeño social y emocional, debido a la evitación que manifiestan ante múltiples situaciones según el trastorno que presenten. En el caso de la FS por ejemplo, Silva (2017) informa que ésta puede disminuir la calidad de vida de los adolescentes ya que impacta en los roles que desempeñan con la familia, con la pareja, o con los compañeros de escuela, debido a que se les exigen actividades que a causa de la sintomatología no podrían llevar acabo de forma adecuada o las evitarían. Así que no es fortuito que a causa del trastorno de ansiedad niños y adolescentes tiendan a aislarse y a inhibir su conducta en perjuicio de su calidad de vida social (Téllez, 2012); inclusive, algunos niegan malestares físicos debido a fobias relacionadas con la enfermedad, intervenciones médicas, etcétera; y otros pueden provocarse el desarrollo de enfermedades y desnutrición cuando la fobia que presentan está en relación con tragar alimentos (APA, 2014).

Del mismo modo, los síntomas físicos que experimentan, como taquicardia, sensación de ahogo, dolor de pecho, etcétera, les llevan también a acudir constantemente a servicios médicos y de urgencias, por lo que muchos niños y adolescentes faltan constantemente a la escuela o dejan de realizar deportes, actividades de recreación, o de asistir a convivencias sociales por miedo a que les pueda ocurrir algo que perjudique su salud (APA, 2014).

En resumen, los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica llevan por un lado a la evitación de comportamientos funcionales de acuerdo con la edad y

prácticas socialmente establecidas, y al mismo tiempo a la adopción de repertorios conductuales que llegan a ser «problemáticos» o difíciles de entender y manejar.

Capítulo 3. Identificación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico

Como se ha podido observar, los trastornos de ansiedad no constituyen una problemática simple, sino todo lo contrario, y lo que es más, afectan significativamente el desarrollo, bienestar y calidad de vida de quien padece alguno; para el caso de la población pediátrica, es necesario divulgar sus manifestaciones y consecuencias, así como saber cómo proceder, a fin de establecer diagnósticos precisos y programas de intervención eficaces que permitan prevenir y superar las distintas condiciones.

En el presente capítulo se esbozan los pasos a seguir para la identificación, diagnóstico y establecimiento de tratamiento desde una perspectiva cognitiva conductual, así como el probable pronóstico que se establece de acuerdo con la literatura especializada.

3.1 Identificación y diagnóstico

Para identificar un trastorno de ansiedad en la edad infantil y adolescente, y con ello establecer un diagnóstico, el profesional debe realizar una evaluación en la que se pueda identificar las características diagnósticas y clínicas del trastorno, tomando en cuenta los criterios de alguno de los manuales diagnósticos disponibles, como el DSM-5; observando el nivel de afectación en diversas esferas (familiar, escolar, social, entre otras); tomar en cuenta el contexto familiar, escolar y social; la edad, sexo, nivel socioeconómico, la historia clínica, entre otros. El profesional debe obtener toda la información posible sobre el niño o adolescente, para poder llegar a un diagnóstico confiable. Fernández-Ballesteros (2013, cit. en: Gutiérrez, 2017), define a la «evaluación», como la “actividad que forma parte de la psicología científica que se ocupa de explicar y analizar el comportamiento de un sujeto humano o un

grupo, con el fin de describirlo, explicarlo, diagnosticarlo, seleccionarlo, predecirlo o valorar su cambio gracias a algún tratamiento clínico” (p. 46).

Para llevar a cabo esta evaluación y obtener toda la información posible, se puede hacer uso de herramientas como la entrevista con los padres, con el niño o adolescente en cuestión, y con los maestros o tutores de escuela; además se pueden utilizar cuestionarios, inventarios, autoinformes, escalas, autorregistros, y hacer uso de la observación directa o indirecta, entre otras. Con la información obtenida se podrá realizar un análisis funcional sobre el problema que presenta el niño o adolescente y llegar a un diagnóstico sobre el problema, para luego plantear un tratamiento adecuado.

La APA (2014) recomienda por ejemplo, un instrumento llamado Medida de síntomas transversales del nivel 1, que se aplica al padre o tutor de niños y/o adolescentes de 6 a 17 años de edad. Éste consta de 25 preguntas e identifica 12 dominios, entre los que destacan los relacionados con depresión, ira, irritabilidad, manía, ansiedad, síntomas somáticos, falta de atención, ideas y tentativas suicidas, entre otros; el cual se puede emplear inicialmente para saber si existe una tendencia hacia alguno de los trastornos valorados; sin embargo, es el clínico el que decide cuáles y cuántos instrumentos requerirá para llevar a cabo una valoración completa del caso.

En cuanto a la evaluación de niños y adolescentes, Sattler y Hoge (2008) advierten que es necesario (p. 5):

- a. Establecer rapport con el niño y los padres
- b. Identificar las áreas con más problema en el niño (incluyendo una descripción del problema, los sucesos y consecuencias previas y los factores que pueden haber contribuido al problema)

- c. Obtener el historial de desarrollo del niño (incluyendo información sobre su desarrollo físico, intelectual, emocional, educativo, y social)
- d. Averiguar sobre evaluaciones y tratamientos anteriores que el niño o adolescente haya tenido, incluyendo fechas y resultados de los tratamientos
- e. Conocer la situación familiar actual (incluyendo información sobre la relación del niño con sus padres, hermanos, y parientes, así como la relación entre los padres)
- f. Obtener información acerca de las experiencias del niño y su conducta en el hogar, la escuela, y la comunidad (incluyendo información respecto a sus intereses, actividades, pasatiempos, quehaceres, y relaciones con los demás)
- g. Entrevistar al niño y observarlo.

En cuanto a la elección de los instrumentos de la evaluación formal, Sattler y Hoge (2008) mencionan que deben elegirse baterías de medidas psicológicas válidas y confiables que permitan obtener información sobre la personalidad, el temperamento, las habilidades motoras y cognitivas, hábitos de estudio y de trabajo, sobre conducta interpersonal, habilidades en la vida diaria, intereses y /o dificultades. En este caso además deben incluirse instrumentos sensibles a la sintomatología de los trastornos de ansiedad. Así que la evaluación incluye administrar, calificar e interpretar la batería de pruebas utilizadas. Una vez valorada y analizada toda la información recabada, y haber llegado a un diagnóstico, se le informa formalmente a los involucrados y se recomienda el posible tratamiento.

Cabe resaltar que una evaluación desde la perspectiva cognitivo conductual incluye la valoración del pensamiento y la forma de procesar la información del niño o adolescente. Además toma en cuenta las influencias individuales y ambientales que pueden moldear y controlar el pensamiento, los sentimientos, y la

conducta; el papel que juegan los valores, las creencias, las autoafirmaciones, la confianza en sí mismo, las estrategias para solucionar problemas, expectativas, imágenes, metas, etcétera; así como la frecuencia, duración e intensidad de la conducta problema u objetivo, por ello es que debe hacerse una elección precisa de los instrumentos a emplear.

Aunado a lo anterior, el clínico debe estar dispuesto a adaptar las distintas estrategias que emplee, y a adaptarse al caso que pretende evaluar, pues en ocasiones tendrá que hacerlo de forma creativa, por medio del juego, o realizando diversas actividades adecuadas a la edad o nivel de desarrollo del niño o adolescente, para que este pueda expresar lo que siente, lo que piensa, cómo percibe su realidad, ya sea de forma verbal o no verbal, etcétera.

Ejemplos de instrumentos psicométricos que se emplean en México son:

- a. Batería ITA-UNAM. Mide distintos trastornos de ansiedad en niños y adolescentes mexicanos de 7 a 16 años de edad. Se compone de cuatro instrumentos que miden trastornos de ansiedad por separación, fobia social, fobia específica, y el trastorno obsesivo compulsivo. La escala para la fobia social se compone de 27 reactivos y está conformada por seis factores (actividad grupal, expresión social, juego, actividades individuales, acercamiento e iniciativa). El instrumento para el trastorno de ansiedad por separación consta de factores relacionados con la separación de los padres, soledad, y asistencia a la escuela. El que evalúa la fobia específica, consta de nueve factores estos son: fobia escolar, animal, obscuridad, situacional, al daño físico, al peligro, a la muerte, fobia al ambiente, médica y a la crítica (Del Palacio, 2007)
- b. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMASR-2) (Reynolds y Bert, 2012, como se cita en: Manual Moderno, 2017). Es un autoinforme que consta de 49 reactivos que evalúan el grado y naturaleza de la

ansiedad en niños y adolescentes. En ésta sólo se responde a las preguntas con “sí o no”. Para calificarla se toman en cuenta las puntuaciones totales, estas dan el índice de ansiedad total, y también 5 calificaciones adicionales para: ansiedad fisiológica, social, índice de respuesta inconsistente, inquietud, y defensiva. Es aplicable a niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad, y está estandarizada en población mexicana.

Es importante resaltar que el diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad depende del conocimiento, pericia, experiencia y de la instrumentación adecuada que emplee el clínico.

3.2 Tratamiento y pronóstico

Existen diversos tratamientos para los trastornos de ansiedad dependiendo del enfoque con el que se aborde; no obstante, entre los que han mostrado mayor eficacia con base en evidencia se encuentran los tratamientos cognitivo conductuales (TCC) y los farmacológicos (Orgilés, Méndez, Rosa, e Inglés, 2003; Capafons, 2001; Labrador et al., 2002).

De acuerdo con Veloz (2016), el tratamiento debe tener como finalidad extinguir o disminuir la sintomatología a un grado que permita al niño o adolescente ser funcional, por lo que se debe adecuar a las necesidades específicas de cada individuo.

Para el caso específico de los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica, Cárdenas et al. (2010) informan que el tratamiento debe ser multimodal, por lo que debe incluir al niño o adolescente, a los padres o tutores, y preferentemente al personal escolar.

La elección sobre si el tratamiento debe ser bidimensional (psicológico y farmacológico) se lleva a cabo con base en la evaluación del caso tomando especialmente en cuenta los factores de riesgo, la severidad de la disfunción, la comorbilidad, la edad y el funcionamiento familiar.

El tratamiento farmacológico busca disminuir y aliviar la sintomatología, prevenir recaídas, evitar efectos secundarios del trastorno y restaurar la funcionalidad en la inmediatez posible. Entre los fármacos que se han empleado están los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopran, venlafaxina, etcétera), al parecer son más seguros que otros medicamentos y tienen efectos secundarios leves (problemas gastrointestinales, dolor de cabeza, incremento de la activación motora, insomnio). Las benzodiacepinas (alprazolam, clonazepam, bromazepam) funcionan más rápido, pero deben utilizarse sólo a corto plazo ya que causan tolerancia y suelen ser adictivos si se usan por tiempo prolongado, algunos de ellos no son recomendables en edad pediátrica. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) (fenelzina, tranilcipromina) llegan a funcionar bien de acuerdo con la literatura, pero no son recomendables ya que tienen muchos efectos secundarios adversos y son peligrosos en caso de sobredosis. Los betabloqueadores (atenolol y propranolol) son menos eficaces que los ISRS y la benzodiacepinas, algunos de sus efectos secundarios son mareos, fatiga, somnolencia, náuseas, y disminución de la presión arterial; causan efectos parecidos al síndrome de abstinencia. Ansiolíticos como la buspirona, han mostrado cierta eficacia en el tratamiento para adultos, sin embargo, pueden causar dependencia si se utilizan por tiempo prolongado. El antihistamínico hidroxina es útil en algunos casos y además es más seguro (Black & Andreasen, 2015; Del Palacio, 2007; Gil, 2009; Veloz, 2016).

De acuerdo con la literatura, para el tratamiento de los trastornos de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica y ansiedad social se recomienda el uso de los ISRS; para el trastorno de pánico y la agorafobia, se emplea frecuentemente la paroxetina; y en la ansiedad generalizada además de ésta última el escitalopram (Black y Andreasen, 2015). Cabe decir que la elección de los medicamentos, su ajuste y posología están a cargo del médico psiquiatra exclusivamente.

Por otra parte, el tratamiento cognitivo conductual (TCC), está basado en estrategias tanto de la psicología cognitiva como de la conducta. Existen diversos estudios que sustentan que la TCC es de las mejores opciones de tratamiento ya que se ha demostrado su efectividad. En cuanto al tratamiento para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes también es de las mejores opciones, e incluso es la que más se recomienda, sola o en combinación de tratamiento farmacológico (Black y Andreasen; Del Palacio, 2007; Gil, 2009; Maldonado, 2007, Veloz, 2016). Además tiene la ventaja de ser una intervención de «corta duración», dependiendo del problema a tratar.

La TCC evolucionó a partir de los preceptos teóricos de los condicionamientos clásico y operante, este enfoque enfatiza la influencia directa del ambiente sobre la conducta de los individuos y de las cogniciones reconociendo el papel que juegan los sentimientos y el pensamiento como guía de la conducta (Del Palacio, 2007). Además, Sattler y Hoger (2008), subrayan el rol central que tiene el aprendizaje en la TCC, ya que está diseñada para reemplazar las respuestas desadaptativas por reacciones más funcionales, además de alterar las cogniciones relacionadas con el estímulo o situación temida.

Algunas estrategias de esta terapia buscan cambiar en un principio la conducta, y con ello viene el cambio de pensamientos y sentimientos; otras al

contrario, al reestructurar los pensamientos se instauran conductas más adaptativas y asertivas (Del Palacio, 2007). Maldonado (2007) es un poco más inclusivo al mencionar que el TCC integra estrategias que buscan el cambio de cogniciones, de conductas, de afectos, y de estrategias sociales a través de enseñar al individuo a identificar pensamientos erróneos, distorsiones y atribuciones no adaptativas. Asimismo los objetivos de las estrategias cognitivo conductuales son (Maldonado, 2007, p. 37):

1. Ayudar a los pacientes a comprender los efectos que las cogniciones y conductas tienen sobre sus síntomas
2. Enfatizar el papel fundamental que juegan los pacientes para controlar sus síntomas
3. Enseñar sistemáticamente estrategias de gestión cognitiva y conductual específicas. Mediante estas técnicas los niños aprenderán a controlar su ansiedad a través de la modificación de sus pensamientos y conductas.

Al llevar a cabo un tratamiento cognitivo conductual con niños y adolescentes se deberá considerar algunos aspectos del desarrollo psicológico, ya que las cogniciones están en proceso de desarrollo en estas etapas, y hay factores como la familia, los compañeros, la escuela, entre otros, que influyen en este proceso. Las estrategias que se utilicen debe ser adecuadas para el nivel de desarrollo de los niños o adolescentes, por ejemplo en los niños más pequeños se pueden hacer intervenciones conductuales y utilizar la imaginación (Del Palacio, 2007).

Algunas de las estrategias y técnicas que se utilizan en la psicoterapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad son: la desensibilización sistemática, exposición gradual (en vivo o mediante la imaginación), la reestructuración cognitiva, el desbordamiento, el manejo de contingencias, el modelado, el automonitoreo, entrenamiento en autoinstrucciones y solución de problemas, el autorreforzamiento, reforzamiento positivo, reforzamiento social,

técnicas de respiración y de relajación (relajación muscular progresiva, de atención plena, de imaginación, etcétera), entrenamiento en habilidades sociales, distracción, psicoeducación sobre el trastorno y sus síntomas, role playing, rechazo de creencias negativas, tareas para casa, diarios de síntomas, entre otras (Black y Andreasen, 2015; Gil, 2009; Maldonado, 2007, Sattler y Hoge, 2008; Veloz, 2016).

Como ya se dijo, el tratamiento se deberá adecuar de acuerdo a cada caso en particular, ya que puede variar en función del nivel de desarrollo del niño o adolescente, así como en cuanto al tipo de trastorno y su gravedad. Por lo que se deberá formular un tratamiento en el cual se puedan utilizar o enseñar diversas estrategias como las ya mencionadas y otras, buscando sean las más adecuadas a cada caso en particular. Por ejemplo, en el caso del trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo, se podría hacer uso de reestructuración cognitiva, exposición o desensibilización, entrenar en habilidades sociales, en técnicas de relajación, entre otras. En la ansiedad social y fobia específica se podría utilizar la desensibilización sistemática, técnicas de relajación, etcétera.

Un ejemplo de lo señalado lo muestra Veloz (2016), a través de un programa de tratamiento cognitivo conductual para el abordaje de los trastornos de ansiedad, en niños de 7 a 13 años de edad, el cual se llama “Hacer frente al Gato”, con este se busca reducir la ansiedad. En él se trabajan 4 componentes (p. 44):

1. El reconocimiento y la comprensión de las reacciones emocionales y físicas de la ansiedad
2. Aclarar pensamiento y sentimientos en situaciones de ansiedad
3. El desarrollo de los planes para el afrontamiento eficaz
4. La evaluación de desempeño y el autorrefuerzo.

La duración de este plan de tratamiento es de 16 semanas, con sesiones de 60 minutos, en el que se realizan diversas tareas.

Asimismo, Heimberg, Beck, Goldfringe y Vermilyea (1985, como se citó en Gil, 2009) combinaron exposición en imaginación guiada, role playing, reestructuración cognitiva y tareas para casa, para tratar la ansiedad social y obteniendo resultados, que mostraron una mejoría significativa en el postratamiento y en el seguimiento a seis meses.

Mandil et al. (2010, cit. en: Gutiérrez, 2017) mencionan que con los niños es conveniente utilizar juegos representativos, metáforas, dibujos e historietas y recursos tecnológicos para llevar a cabo el tratamiento, ya que por medio de éstas los niños pueden construir la realidad llevando a cabo actividades lúdicas simbolizando y modificando sus conceptualizaciones y significados.

La propuesta de Shortt, Barrett y Fox (2001, cit. en: Orgilés et al, 2003), para el tratamiento de la ansiedad, al que llamaron FRIENDS, está basado en la familia, incluye técnicas de exposición, de relajación, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva para los padres, y entrenamiento de apoyo a la pareja.

En resumen, es importante enfatizar que cada tratamiento debe ser específico para cada individuo, ya que aun cuando dos personas tengan un mismo trastorno, no lo experimentan o les afecta de la misma forma. Así por ejemplo, si un individuo presenta fobia social y como objetivo terapéutico se propone disminuir la elevada activación, se puede hacer uso de terapia de exposición, inundación, y entrenamiento en relajación; si lo que se quiere es disminuir las creencias disfuncionales, se utiliza la reestructuración cognitiva y la terapia de solución de problemas; si se busca mejorar las habilidades interpersonales, se podría llevar a cabo el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en eficacia social o terapia de grupo. Así pues, se puede hacer uso de las estrategias, algunas solas o combinadas, de acuerdo con las necesidades de cada caso.

Por otro lado, es difícil pronosticar de manera general el curso de los trastornos ansiosos en la infancia y adolescencia; no obstante, es necesario que se tenga en cuenta que su falta de identificación temprana y tratamiento eficaz pueden desencadenar la cronicidad del padecimiento, y más aún, propiciar el desarrollo de otros trastornos de ansiedad, así como depresión, y el consumo de sustancias como el alcohol, medicamentos, y otras drogas. Además, debe contemplarse que la edad de inicio más temprana, la larga duración del trastorno, un historial de hospitalizaciones frecuentes por sintomatología ansiosa, el contar con rasgos de personalidad desadaptativos pronunciados, severidad de síntomas, comorbilidad con otro trastorno, el tener un historial familiar de trastornos de ansiedad, y una pobre respuesta ante tratamientos precedentes, constituyen factores para considerar un pronóstico reservado.

Finalmente, resulta complicado saber si una vez remitido el trastorno podrá volver a presentarse de nuevo y en cuánto tiempo.

Conclusiones

La presente investigación tuvo por objetivo la exposición teórica de los principales trastornos de ansiedad de presentación en la infancia y adolescencia, así como los efectos de su padecimiento en las esferas cognitiva, emocional y conductual; los aspectos a considerar para su identificación y diagnóstico y algunas de las estrategias que se emplean para su tratamiento psicológico desde la postura cognitiva-conductual. La revisión permitió identificar que los trastornos de ansiedad son un grupo de afecciones que comparten ciertas características, entre ellas el miedo, el cual es inherente a la ansiedad y el hecho de que desencadenan una serie de síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales que interfieren en el desarrollo y funcionamiento adecuado de niños y adolescentes.

Contrario a la creencia común, dichos trastornos tienen una prevalencia importante entre la población pediátrica; muchas veces infradiagnosticados debido a que no es fácil identificarlos, teniendo en cuenta que distintas manifestaciones de ansiedad pueden considerarse normales a una edad y patológicas en otras o ante distintas circunstancias. Además, resulta relevante el que los trastornos de ansiedad que se desarrollan entre la población infantil pueden subsistir durante largos períodos y llevar al desarrollo de otros de la misma clase, o bien afectivos y/o comportamentales.

Definitivamente, es un hecho que las manifestaciones visibles e inmediatas que provoca la ansiedad desadaptativa a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y conductual no sólo son displacenteras para quien las experimenta, sino en muchos casos aparatosas y difíciles de manejar por parte de padres, maestros y cualquier persona que los observa; sin embargo, éstas cobran aún mayor significado y se dimensionan mejor los trastornos al conocer cómo afectan funciones cognitivas como la memoria, la atención y algunas de las funciones ejecutivas necesarias

para que los chicos puedan aprender cosas nuevas, recordar lo aprendido, poder concentrarse en sus actividades, tomar decisiones, resolver problemas, poder inhibir conductas inadecuadas, entre otros. Y qué decir sobre el cómo los lleva a experimentar emociones de vergüenza, ira, desesperanza, frustración, entre otras, provocándoles sufrimiento e inestabilidad emocional, así como limitaciones para poder realizar sus actividades cotidianas, para hacer amigos y conservar esas relaciones, para atreverse a realizar o conocer cosas nuevas, ser independientes, y poder actuar frente otros.

Por estas razones las consideraciones finales de este trabajo apuntan en primera instancia, a señalar la urgencia de mayor divulgación sobre estos trastornos entre la población en general, y el cómo afectan a niños y adolescentes a corto, mediano y largo plazo, tanto para prevenirlos como para intervenir tempranamente.

La psicoeducación en escuelas y comunidades, a través de talleres y otras estrategias, donde se aborde lo referente a los trastornos; pero también sobre estilos parentales, relaciones disfuncionales, violencia familiar, afectividad y manejo de emociones, entre otros, puede contribuir a la prevención, detección y mejor conducción de las afecciones.

Del mismo modo, es importante que el personal de salud mental, sobre todo psicólogos, estén bien informados sobre el tema, ya que son los que en la mayoría de los casos otorgan la atención primaria, y son los que potencialmente pueden establecer uno de los tratamientos principales que han demostrado eficacia; así como canalizar adecuadamente o llevar a cabo un trabajo en conjunto con otros profesionales de la salud mental, como lo es el paidopsiquiatra, cuando se hace necesaria la intervención farmacológica.

En segundo lugar, la reflexión derivada del trabajo lleva a plantear la necesidad de mayor investigación sobre los efectos cognoscitivos de la ansiedad patológica en población pediátrica, ya que la mayoría de los datos hasta ahora reportados y disponibles libremente se relacionan con el rendimiento en adultos; así como de investigación epidemiológica que permita dar cuenta de la incidencia y prevalencia de cada uno de los trastornos de ansiedad en población infantil y adolescente en nuestro medio, y de las características constitucionales que presentan. Quizás sobre señalar que también es necesaria la construcción de más instrumentos psicométricos, que cubran los requisitos y sean sensibles tanto para poder valorar o medir las características clínicas y diagnósticas de los trastornos de ansiedad para la población de niños y adolescentes, como para diferenciarlos.

Finalmente, y a pesar de que se han reportado diversos programas de intervención en trastornos de ansiedad, es importante que se continúe divulgando entre la comunidad especializada, tanto la eficacia de tratamientos como experiencias terapéuticas, ya que esto permitirá la réplica de procedimientos y con ello el aumento de la evidencia.

Referencias

- Albor, Y. C. (2017). *Trayectoria del trastorno de fobia específica de la adolescencia a la adultez temprana* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2017/mayo/096326701/Index.html>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2010). *Diccionario conciso de psicología*. Recuperado de <https://play.google.com/books/reader?id=GlX7CAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=es&pg=GBS.PT264.w.4.0.0>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. España: Medica Panamericana.
- Bados, L. A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- Bados, A. (enero, 2009a). *Fobias específicas*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6282/1/Fobias%20espec%C3%ADfic.pdf>
- Bados, A. (enero 2009b). *Fobia social*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Ballesteros, A. M., Aguado, M. J., y Pérez, P. C. (n.d.). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Recuperado de https://psiquiatria.com/tratado/cap_36.pdf
- Barkley, M. A. (2017). *Formación de alianza terapéutica con un preadolescente con síntomas de agresión y ansiedad* (Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de maestría). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2017/agosto/0764550/Index.html>
- Becerra, P. (2016). *Influencias de la ansiedad en la función ejecutiva en niños: Estudio piloto con alumnos de primaria en un centro de Badajoz*. Recuperado de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/4364/TFMUEX_2016_Becerra_Garrido.pdf?sequence=1
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., y Cruz, C. (marzo-abril, 2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2). Recuperado de <http://inprf.bidigital.com:8080/bitstream/handle/123456789/6010/sm3202155.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Black, D. W., y Andreasen, N. C. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. México: Manual moderno.
- Bobes, G. J., Sáiz, M. P., González, G. Ma., y Bousoño, G. M. (1999). Trastornos de ansiedad. *Medicine*, 7(106). Recuperado de

- https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1999_Bobes_Trastorno.pdf
- Candelario, J. B. (2010). *Ansiedad Prequirúrgica en niños y el afrontamiento en sus padres* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptb2010/julio/0659590/Index.html>
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3). Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/466.pdf>
- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Recuperado de http://inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
- Carrasco, C. S. (2016). *Estudio sobre la relación entre los niveles de ansiedad y los recursos atencionales en estudiantes de 4º curso de educación secundaria* (Trabajo fin de máster). Recuperado de <http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3701/CARRASCO%20CARMONA%2c%20SARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carro, M. S. (julio, 2012). *El mutismo selectivo en el aula de primaria. Propuesta de intervención* (Tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja). Recuperada de <http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/173/TFG%20Carro%20Menor.pdf?sequence=1>
- Carvajal, A., Flores, M., Marin, S. I., y Morales, C. G. (marzo, 2016). *Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. Perinatología y reproducción humana*. Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=6ac583ac-6c3f-45ef-af92-782e79460f9e%40sessionmgr4007>
- Castro, J. L., Bagley, D. A., Brown, J. L., y Mecum, G. (2013). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Recuperado de <http://psychiatry.uams.edu/files/2015/02/anxiety.pdf>
- Cederlund, R. (2013). *Social anxiety disorder in children and adolescents: assessment, maintaining factors, and treatment*. Recuperado de <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:650125/FULLTEXT01.pdf>
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=WZ-DQAAQBAJ&pg=PT277&dq=efectos+conductuales+de+los+trastornos+de+ansiedad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjKnaeKmdvWAhVK34MKHdqkCLIQ6AEIKzAB#v=onepage&q=efectos%20conductuales%20de%20los%20trastornos%20de%20ansiedad&f=false>
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polania, A., y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas*, 1(2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v1n2/v1n2a07.pdf>

- Cruz, Y. (2017). *Prácticas parentales y ansiedad como productoras del consumo de alcohol*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2017/enero/309055226/Index.html>
- De Ansorena, A., Cobo, J., y Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en psicología: una revisión. *Estudios de psicología*, (16). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65892.pdf>
- Del Palacio, A. F. (2007). *La manualización de las intervenciones para trastornos de ansiedad en niños* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/pd2008/0622740/Index.html>
- Doval, E., Martínez, M., y Doménech-Llabería, E. (2011). Evidencias de calidad psicométrica de la versión en castellano del screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) de 41 ítems. *Ansiedad y estrés*, 17(2-3). Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=97c47608-19bd-413f-853d-18f8e8dfd69d%40sessionmgr4006>
- Figuerola, A., Soutullo, C., Ono, Y., y Saito, K. (2016). Ansiedad por separación. En J. M. Rey (Ed.), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en niños y adolescentes* (pp. 1-26). Recuperado de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.2-SEPARATION-ANXIETY-SPANISH-2016.pdf>
- Frangella, L., y Gramajo, M. (n.d.). *Manual psicoeducativo para el consultante. Trastorno de pánico*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/panico.pdf>
- Galindo, M. C., Castellanos, T., y Moreno, T. (2016). Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Revista cubana de pediatría*, 88(2). Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=5a941934-7ac2-428b-8dfd-a0b9fed54292%40sessionmgr4009>
- García-Rabago, H., Sahagún, J., Ruiz, A., Sánchez, G., Tirado, J., y González, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista Salud pública*, 12(5). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>
- Gil, F. (2009). *Evaluación de un modelo terapéutico para el manejo de la fobia social en niños de edad escolar* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2009/noviembre/0651979/Index.html>
- Gonçalves, F. (2008). Trastornos de ansiedad en atención primaria. En F. Toquero y J. Rodríguez (Coords.), *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad* (pp. 59-124). Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf
- González, C. A., y Paredes, J. A. (2012). *Una sesión de exposición para el trastorno de la fobia específica en niños* (Tesis licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2013/Presenciales/0690085/Index.html>
- González, C., Inglés, C., Vicent, M., Lagos, N., Sanmartín, R., y García, J. (2016). Diferencias en ansiedad escolar y auto concepto en adolescentes chilenos.

- Acta de investigación psicológica*, (6). Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2016b/Acta_Inv_Psicol._2016_6\(3\)_25090Co2515_Diferencias_en_ansiedad_escolar_y_autoconcepto_en_adolescentes_chilenos-.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2016b/Acta_Inv_Psicol._2016_6(3)_25090Co2515_Diferencias_en_ansiedad_escolar_y_autoconcepto_en_adolescentes_chilenos-.pdf)
- Grasses, G., y Rigo, E. (2010). Estudio de la influencia de la ansiedad y el estrés en el rendimiento académico vs la influencia del rendimiento académico en los niveles de ansiedad y estrés. *Educació i Cultura*, (21). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Rigo_Carratala/publication/49114567_Estudio_de_la_influencia_de_la_ansiedad_y_el_estres_en_el_rendimiento_academico_vs_la_influencia_del_rendimiento_academico_en_los_niveles_de_ansiedad_y_estres/links/0c9605162674653af0000000/Estudio-de-la-influencia-de-la-ansiedad-y-el-estres-en-el-rendimiento-academico-vs-la-influencia-del-rendimiento-academico-en-los-niveles-de-ansiedad-y-estres.pdf
- Güerre, L. M., y Ogando, P. N. (2014). Miedos y fobias en la infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(5). Recuperado de <http://apps.wiley-sonline.com/doi/10.1111/apa.12240>
- Gutiérrez, A. V. (2017). *Efectividad del tratamiento cognitivo conductual en niños escolares con trastorno de ansiedad* (Tesis maestría). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2016/noviembre/712035400/Index.html>
- Heinze, G., y Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf
- Intervención en casos de mutismo selectivo en los niños-AS. (septiembre, 2011). *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, (16). Recuperado de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd8632.pdf>
- Jadue, J. G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos*, (27). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1735/173513844008.pdf>
- Jiménez, L. M. (2013). *Ansiedad social como factor de riesgo en el patrón de consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2013/noviembre/0704843/Index.html>
- Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández, J. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Recuperado de <http://www.sepcys.es/uploads/documentos/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf>
- Maldonado, M. C. (2007). *Un programa de intervención para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://132.248.9.195/pd2008/0623065/Index.html>
- Manual Moderno. (2017). *Catálogo. Instrumentos de evaluación*. México: Manual moderno.

- Marjan, M. P., Mendieta, D., Muñoz, M. A., Díaz, A., y Cortes, J. F. (noviembre, 2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud mental*, 37(6). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009
- Martínez, H. (s/f). *Factores psicológicos y psiquiátricos de riesgo suicida*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf
- Martínez, M., y Nelson, D. (julio-septiembre, 2011). Trastornos de ansiedad. *Revista neurobiología, neurocirugía y psiquiatría*, 44(3). Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=6ac583ac-6c3f-45ef-af92-782e79460f9e%40sessionmgr4007>
- Matthews, S. N. (2010). *Children's fears: Developmental or disorder? What educators should know*. Recuperado de https://www.sbbh.pitt.edu/Booklets%202113%20fall%202010/Fears_Matthews.pdf
- Medina, A. M. (2015). *Ansiedad en niños: Un estudio de caso* (Tesis de especialidad). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2015/febrero/306222111/Index.html>
- Medina, M. M., Borges, G., Benjet, C., Lara, M., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., y Aguilar, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: Resultado de la Encuesta Mundial de Salud Mental. En J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 79-89). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
- Mental Health Association. (2011). *Agoraphobia*. Recuperado de http://www.islhd.health.nsw.gov.au/Carer_Program/Mental_Health/Illness_and_Disorder/Agoraphobia.pdf
- Mireles, A. A. (2017). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en niñas con sobrepeso* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2017/abril/306189142/Index.html>
- Moreno, J., Escobar, A., Vera, A., Beltrán, D. y Castañeda, I. (julio-diciembre, 2009). Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531004.pdf>
- National Institute of Mental Health. (2016). *Generalized anxiety disorder: when worry gets out of control*. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad/generalized-anxiety-disorder_124169.pdf
- Ordoñez, A., Espinosa, L., García, L. J., y Muela, J. A. (agosto, 2013). Inhibición conductual y su relación con los trastornos de ansiedad infantil. *Terapia Psicológica*, 31(3). Recuperado de <http://www.scielo.cl.pbidi.unam.mx:8080/pdf/terpsicol/v31n3/art10.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento de 400%*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre, 2017). *Día mundial de la Salud Mental 2017. La salud mental en el trabajo*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orgilés, M., Espada, J. P., y Méndez, X. (2008). Trastornos de ansiedad en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72720307.pdf>
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., González, M. T., y Espada, J. P. (noviembre, 2016). Niños con síntomas de ansiedad por separación: un estudio de sus hábitos y problemas de sueño. *Ansiedad y estrés*, 22(2-3). Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=5a941934-7ac2-428b-8dfd-a0b9fed54292%40sessionmgr4009>
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A., e Inglés, C. (diciembre, 2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación. Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 19(2). Recuperado de http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf
- Pacheco, P. B., y Ventura W. T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista chilena pediátrica*, 80(2). Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>
- Padilla, C. (julio, 2014) Tratamiento cognitivo conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 1(2). Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf
- Palomares, E., Campos, P. E., Ostrosky, F., Tirado E., y Mendieta, D. (noviembre-diciembre, 2010). Evaluación de funciones cognitivas: atención y memoria en pacientes con trastorno de pánico. *Salud mental*, 33(6). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600002
- Patiño, L. R. (2011). *Actividad autonómica y estilos de apego en pacientes escolares con trastorno de ansiedad por separación. Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente*. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptb2011/junio/0670761/Index.html>
- Pena, C., y Maldonado, E. F. (2015). Perfil de funciones ejecutivas con niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y su entrenamiento como vía terapéutica de intervención y prevención: una revisión sistemática. *Ansiedad y estrés*, 21(2-3). Recuperado de

- <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=60b18ae6-977a-4df3-b729-a1b78dd4ffcc%40sessionmgr104>
- Peña, A. Y., y Ramos, L. A. (2009). *Ansiedad infantil: Presentación de un caso y su tratamiento* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2009/noviembre/0651234/Index.html>
- Ponce, D. (2010). *Separación de los padres y ansiedad infantil* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptb2011/febrero/0667106/Index.html>
- Piqueras, J. A., Ramos, V. C., Martínez, A. E., y Oblitas, L. A. (diciembre, 2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Rapee, R. M. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención. En J. M. Rey (Ed.), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en niños y adolescentes* (pp. 1-22). Recuperado de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-SPANISH-2016.pdf>
- Red Norteamericana de ansiedad en la infancia. (2004). *Mutismo selectivo. Informe de la Red Norteamericana de Ansiedad en la Infancia*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/mutismo_selectivo.pdf
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, Ma., y Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>
- Rodríguez, M. M., y Saval, M. J. (enero, 2017). Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 4(1). Recuperado de <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/15-17.pdf>
- Rubalcaba, N. A., Gallegos, J., Flores, A., y Fluquez, S. C. (abril, 2013). Los componentes socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente*, 16(29). Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=97c47608-19bd-413f-853d-18f8e8dfd69d%40sessionmgr4006>
- Ruíz, A. M. (octubre, 2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Seminario ansiedad en niños y adolescentes causas y tratamiento*. AEPA. Recuperado de <https://www.aepap.org/sites/default/files/introansiedad.pdf>
- Ruíz, A. Ma., y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En AEPap (Ed.), *Curso de actualización pediatría* (pp. 265-280). Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- SA Federation for Mental Health. (2013). *Anxiety disorders. Substance/medication-induced anxiety disorder*. Recuperado de <https://www.safmh.org.za/documents/fact-sheets/Anxiety%20disorders%20-%20substance%20medication%20induced%20anxiety.pdf>

- Salaberría K., Fernández, J., y Echeburúa, E. (septiembre, 1995). Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastornos de ansiedad ¿un camino discontinuo? *Boletín de psicología*, (48). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/234750242_Ansiedad_normal_ansiedad_patologica_y_trastornos_de_ansiedad_un_camino_discontinuo
- Salcedo, A. (2014). *El juego es magia, un caso de mutismo selectivo: un estudio de caso y tratamiento psicológico*, (Tesis de maestría). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2015/anteriores/psicologia/0734664/Index.html>
- Sanz, F. J. (1992). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4004801.pdf>
- Sattler, J. M., y Hoge, R. D. (2008). *Evaluación infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas*. México: Manual moderno.
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- Silva, C. (2017). *Fobia social y las habilidades sociales en adultos jóvenes: correlatos y diferencias* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2017/agosto/413008255/Index.html>
- Stein, M. B., y Sareen, J. (november, 2015). Generalized Anxiety Disorder. *The new England Journal of Medicine*, (373). Recuperado de <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1502514>
- Téllez, E. (2012). *Tratamiento cognitivo –conductual para fobia social: Estudio de tres casos*, (Tesis licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2012/octubre/300160183/Index.html>
- Tortella, F. M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicología*, (110). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- Veloz, G. D. (2016). *Trastorno de ansiedad generalizada en niños: Una propuesta de intervención*, (Tesis licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2016/octubre/412544646/Index.html>
- Warren, H. G. (2013). *Diccionario de psicología*. México: Fondo de cultura Económica.
- Wolitzky, T. K., Horowitz, J., Powers, M., y Telch, M. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis. *RET, Revista de Toxicomanías*, (61). Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret61_1.pdf