

Revisiones y Actualizaciones



Trastornos de ansiedad en el niño. Una patología de nuestro tiempo

Mardomingo Sanz M.J.
Doctora en Medicina
Especialista en Psiquiatría y Pediatría
Especialista en Psiquiatría Infantil
Dir. corresp.: mjmardomingo@aepnya.net

Recibido: 30-12-11 Aceptado: 22-02-12

Vox Paediatrica 2012; XIX(1):24-29

Introducción

Los trastornos de ansiedad se han convertido en los últimos años en uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica clínica diaria. Los pediatras se enfrentan al reto de tener que diagnosticar a niños que presentan cuadros clínicos complejos, que van más allá de los síntomas de una enfermedad pediátrica o que teniéndola se acompañan de cuadros ansiosos que es preciso diagnosticar y tratar para que el paciente evolucione de forma adecuada.

Desde el punto de vista psicopatológico existen tres tipos de ansiedad: la ansiedad como forma de respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida, es decir, como una experiencia humana normal; la ansiedad como síntoma de diferentes enfermedades, médicas y psiquiátricas; y, por último, la ansiedad como entidad específica, que abarca el amplio campo de los trastornos de ansiedad ⁽⁰¹⁾.

Las reacciones de miedo y ansiedad son reacciones fisiológicas de defensa ante males y peligros potenciales, sirven para que el individuo se ponga en estado de alerta ante posibles amenazas y sin duda han sido imprescindibles para la supervivencia de la especie humana. La ansiedad fisiológica se pone en marcha ante un peligro inmediato y tiene un carácter adaptativo; su finalidad última es salvaguardar la integridad del individuo. La ansiedad patológica por el contrario se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique o, existiendo esa circunstancia, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas ⁽⁰²⁾.

Los niños pequeños refieren temores incontrolables a que pase algo malo a alguien de la familia, dudas, intolerancia a los cambios, inquietud, pánico a separarse de los padres, trastornos del sueño, pérdida de apetito, cefaleas o dolores abdominales. Los niños mayores y los adolescentes relatan problemas de atención y concentración, obsesiones, dolor en tórax, sudoración, temblor, y sentimientos de irrealidad y tristeza.

En este artículo se abordan las fobias simples, el trastorno de ansiedad a la separación y el trastorno de ansiedad generalizada.

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son una de las patologías psiquiátricas más frecuentes y que se manifiestan de forma más precoz. Las tasas de prevalencia en la infancia y adolescencia son del 9-21% ⁽⁰³⁾.

La ansiedad de separación afecta al 3-5% de los niños y al 2-4% de los adolescentes y la ansiedad excesiva al 4% ⁽⁰⁴⁾. Las tasas de prevalencia de otros trastornos de ansiedad, fundamentalmente estudiados en el adulto, aún no están claramente establecidas en los niños. Se cree que el trastorno de angustia afectaría al 0,8% y las fobias específicas al 1,5-3% aproximadamente ⁽⁰⁵⁾.

La distribución por sexos de los trastornos de ansiedad es un aspecto que aún no está aclarado. Parece que la fobia social se da más en los varones, mientras que las fobias simples y la agorafobia afectan más a las mujeres. La ansiedad a la separación, la ansiedad ex-

cesiva y la ansiedad generalizada afectarían por igual a ambos sexos. La edad modifica también las tasas de prevalencia de manera que las fobias simples predominan en las niñas durante la infancia, y afectan por igual a ambos sexos a partir de la adolescencia con una *ratio* de 1/1.

El nivel socioeconómico es otro factor que influye en la prevalencia con tasas más altas de trastornos de ansiedad y de síntomas ansiosos en las clases desfavorecidas. La exposición a un medio violento es otra variable que incrementa la prevalencia, actuando como claro factor de riesgo.

De acuerdo con las clasificaciones internacionales los trastornos de ansiedad de los niños y adolescentes comprenden: las fobias, el trastorno de ansiedad a la separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático (TEP) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)⁽⁰⁷⁾. La fobia al colegio es una de las más frecuentes en la infancia y guarda estrecha relación con el trastorno de ansiedad a la separación⁽⁰⁸⁾⁽⁰⁶⁾. La fobia social es típica del adolescente⁽⁰⁹⁾⁽¹⁰⁾.

Características clínicas

La ansiedad tiene una vertiente motriz y neurovegetativa, una vertiente cognoscitiva y de percepción de la realidad, y una vertiente emocional y afectiva.

En la vertiente motriz, la ansiedad se manifiesta en inquietud, desasosiego, temblor, e imposibilidad de permanecer sentado. Otras veces, aunque más raramente, se traduce en inhibición motriz, con dificultad del adolescente para hablar o moverse. Los síntomas somáticos de la ansiedad pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular al respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo. La frecuencia cardíaca se acelera, disminuye el flujo sanguíneo periférico, se producen modificaciones en el electroencefalograma, y aparece sudoración, palidez, y temblor.

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían, además, en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional del sujeto⁽⁰⁵⁾⁽¹¹⁾. La inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito y el llanto inmotivado, son síntomas típicos de los niños pequeños, a los que se añadirá más adelante la expresión verbal de la angustia, los miedos y temores, a medida que se desarrolle el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos. Las dificultades de atención y concentración, los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento, son síntomas ya propios de la etapa escolar a los que se añaden los sentimientos de despersonalización y desrealización en la adolescencia. La despersonalización implica un sentimiento de extrañeza respecto del propio yo, como si el adolescente se sintiera vacío. En la desrealización el mundo circundante se percibe como si no existiera, como si no fuera real y no tuviera vida (Tabla I).

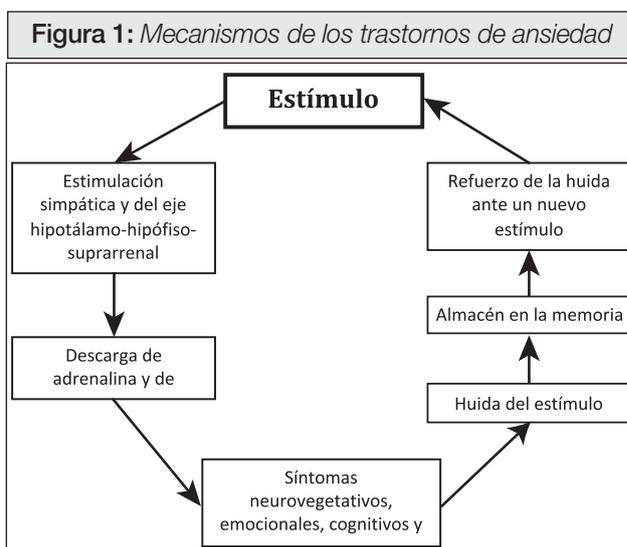
Niños pequeños	Niños mayores y adolescentes
Inquietud motriz	Angustia
Llanto inmotivado	Temores irreprimibles
Pérdida del apetito	Dolor torácico
Trastornos del sueño	Obsesiones
Negativa a separarse de los padres	Rituales
Dolores abdominales	Dificultades de concentración
Cefaleas	Sentimientos de despersonalización
Temores irreprimibles	Sentimientos de desrealización
Dudas	

La vertiente cognoscitiva de los estados de ansiedad hace que el sujeto perciba la realidad desde una perspectiva amenazante, interpretándola como algo permanentemente peligroso. La dimensión afectiva se traduce en ánimo deprimido y sentimientos de tristeza.

Fobias simples

La fobia siempre consiste en el miedo irreprimible, persistente y difícil de vencer a un estímulo o situación concretos, y sólo aparece en contacto con ese estímulo.

Los niños presentan fobias a los animales, la oscuridad, las tormentas, la sangre, el ascensor, quedarse solos en la habitación, subir en avión, ir al dentista, ir solos por el pasillo, u otras situaciones. La intensidad del miedo varía en función de determinadas circunstancias como la proximidad o lejanía del estímulo ansioso y de las características del mismo. La posibilidad de entrar en contacto con el estímulo fóbico genera en el adolescente una intensa angustia dando lugar a una serie de estrategias encaminadas precisamente a evitar esa situación. En la **figura 1** se muestran los mecanismos de las fobias.



La gravedad e intensidad de los síntomas de ansiedad, lo apropiado o no apropiado del miedo de acuerdo con la edad, y en qué medida la fobia interfiere en la vida cotidiana, son datos fundamentales para el diagnóstico. **La fobia para serlo tiene que cumplir dos criterios:** producir en el niño un intenso malestar y suponer una clara limitación para el desarrollo de la vida normal. El paciente reconoce muchas veces que el temor y la angustia son excesivos e irracionales, pero no los puede evitar.

Cualquier fobia puede darse a cualquier edad, no obstante hay fobias más frecuentes en unas épocas de la vida que en otras. Son típicas del niño pequeño las fobias a los animales y a la oscuridad, más adelante aparecerá la fobia al ascensor, al dentista o al colegio, y en la adolescencia la fobia a la sangre o a las heridas, al avión o a las relaciones sociales, síntoma fundamental de la fobia social tan típica de esta edad⁽⁰⁵⁾.

Ansiedad a la separación

La ansiedad a la separación se inicia en la infancia pero también se da en la adolescencia y consiste en la angustia intensísima que experimente el niño cuando tiene que separarse de los padres o de las personas que le cuidan.

Se trata de una angustia que es desproporcionada a la edad y a la circunstancia y que puede llegar al pánico. **Este temor irracional limita el desarrollo normal de las actividades cotidianas:** ir al colegio, salir con los amigos, ir de excursión, dormir fuera de casa, ir a un campamento. El adolescente refiere que no puede separarse de los padres como medida de protección para que no les pase nada malo, desde tener un accidente del tipo que sea, a ponerse enfermos. En este sentido, quedarse con la madre en casa sin ir al colegio, es la mejor manera de protegerla.

El tipo de miedos de los niños varía con la edad. En los más pequeños el temor puede tener un carácter vago e inespecífico que más adelante se va concretando, no obstante también los adolescentes pueden expresar no tanto el temor a una amenaza concreta, sino una angustia genérica ante la posibilidad de morir, enfermar o sufrir otro mal. A veces se trata de un sentimiento de intensa nostalgia del hogar y del pasado que se idealiza y se recuerda como un paraíso perdido.

No es infrecuente que los adolescentes no reconozcan la dificultad que tienen para separarse de los padres, o la necesidad de permanecer junto a la madre y el temor a salir de casa. Pero a través del diálogo y la relación de confianza, esta circunstancia termina por quedar de manifiesto.

La ansiedad a la separación es más frecuente en familias que tienen una actitud sobreprotectora hacia los hijos, y que sienten temor ante el proceso de autonomía progresiva del niño que forma parte del desarrollo normal. A veces la madre es una mujer ansiosa que

ha vivido en su propia familia ese ambiente sobreprotector. En la **Tabla II** se resumen las características de la ansiedad a la separación.

Tabla II: Características de la ansiedad a la separación	
Comienzo	Antes de los 6 años
Duración	Al menos dos semanas
Intensidad	Desproporcionada a la edad y que interfiere en la vida cotidiana
Medio familiar	Sobreprotector
Síntomas	Tristeza Apatía Llanto Dificultades de concentración Dificultades de interacción personal y social Dolores abdominales Náuseas Vómitos Cefaleas Temblores Lipotimias Vértigos Taquicardia Crisis de pánico
<i>Tomado de Mardomingo MJ: Trastornos de ansiedad en el adolescente. Pediatría Integral, 2005; 11(2): 125-136.</i>	

Ansiedad generalizada

La ansiedad generalizada, o excesiva, se caracteriza por la preocupación o ansiedad exagerada ante la vida en general⁽⁰⁴⁾. Es un trastorno que se da tanto en la infancia como en la adolescencia, afectando más a las mujeres a partir de esta edad.

Los miedos y temores suelen referirse al principio a aspectos poco relevantes de la vida cotidiana, y van adquiriendo un carácter más general con la edad; son miedos que carecen de base real y se prolongan al menos durante seis meses. El adolescente muestra una actitud excesivamente cautelosa y temerosa ante la vida, preocupándose demasiado por los exámenes, las relaciones con los amigos, la posibilidad de sufrir algún tipo de daño u otros acontecimientos futuros. Además necesita que se le reafirme constantemente sobre lo que hace, preguntando sobre aspectos poco importantes de cosas o situaciones que le producen ansiedad o incertidumbre.

La sensación de incertidumbre afecta no sólo a acontecimientos de la vida presente sino también a su-

cesos de la vida pasada a los que el paciente da vueltas una y otra vez temeroso de sus consecuencias. El adolescente se muestra ansioso e inseguro de su capacidad y aptitudes en diferentes terrenos, y de modo especial, en el rendimiento escolar, con marcado temor a las críticas de compañeros y profesores (**Tabla III**).

Tabla III. Características de la ansiedad generalizada	
Definición	Ansiedad exagerada del adolescente, no realista, ante la vida en general
Duración	Al menos seis meses
Temor exagerado a	Los exámenes Las relaciones personales Las relaciones sociales El futuro Las críticas
Personalidad	Perfeccionismo Hipersensibilidad a la crítica Dependencia
Síntomas somáticos	Vértigos Dolores abdominales Lipotimias Temblores Opresión torácica

Tomado de Mardomingo MJ: *Trastornos de ansiedad en el adolescente. Pediatría Integral*, 2005; 11(2): 125-136.

Son frecuentes también las quejas psicósomáticas: cefaleas, dolores abdominales, náuseas, vértigo, disnea, opresión torácica, obstrucción en la garganta y trastornos del sueño. El adolescente puede experimentar un estado mantenido de intenso nerviosismo y tensión.

La ansiedad generalizada se da con más frecuencia en familias con un elevado nivel de aspiración respecto de los hijos y de nivel socioeconómico alto. Las expectativas excesivas puestas por los padres en el hijo, unos padres que suelen ser ellos mismos ansiosos y presionan al hijo para que alcance objetivos que ellos mismos, en ocasiones, no pudieron alcanzar, es un factor de riesgo de que el hijo sufra ansiedad. De forma paradójica, el deseo de los padres de preparar al hijo para la vida y de dotarle de un bagaje protector, no sólo no le protege, sino que le supone una carga excesiva que le torna vulnerable. Pero de igual forma, la actitud educativa permisiva y contemporalizadora, que accede de forma sistemática a las demandas del hijo, y suplente los esfuerzos que a él sólo le correspondería realizar, favorece que el niño sufra ansiedad, ya que se le priva de un aprendizaje fundamental: **enfrentarse a los retos y ser capaz de superarlos**.

El trastorno de ansiedad generalizada comienza unas veces de forma brusca, y otras gradual, y sigue un curso que se caracteriza por fases de exacerbación desencadenadas por situaciones de estrés. Cuando comienza en la infancia puede evolucionar hacia fobia social y ansiedad generalizada en la adolescencia que es la edad de comienzo preferente de la fobia social⁽¹²⁾.

Causas y mecanismos de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se caracterizan porque en la etiopatogenia intervienen múltiples causas y mecanismos cuya exposición sobrepasa el objetivo de este artículo.

En los trastornos de ansiedad intervienen factores genéticos, neuroendocrinos, inmunológicos, intrauterinos y perinatales, a los que se añaden las experiencias tempranas de la vida y los factores ambientales que irán configurando las biografías del individuo.

La dotación genética puede dar lugar a una predisposición individual para sufrir trastornos de ansiedad. Sobre esa predisposición pueden actuar factores de riesgo durante la etapa intrauterina (*consumo de drogas, estrés materno*) o circunstancias adversas durante los primeros años (*maltrato, mala crianza*) a los que pueden sumarse otros acontecimientos vitales desfavorables (*pobreza, enfermedad psiquiátrica de los padres*). Todo ello se traduce en alteraciones del sistema nervioso, endocrino e inmune, perturbándose la respuesta al estrés, los mecanismos inmunológicos frente a las agresiones y la función de la corteza cerebral prefrontal, la amígdala y el hipocampo antes las vicisitudes de la vida (**Figuras 2 y 3**).

Figura 2: Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad

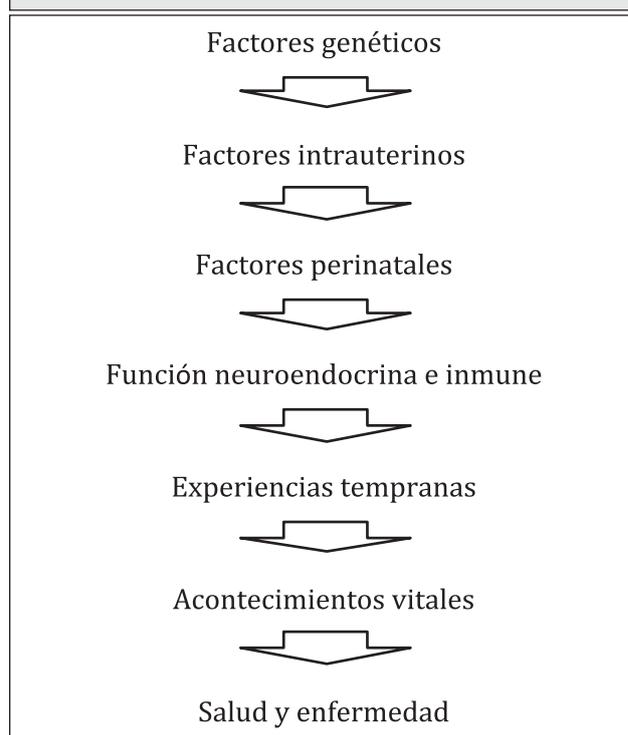
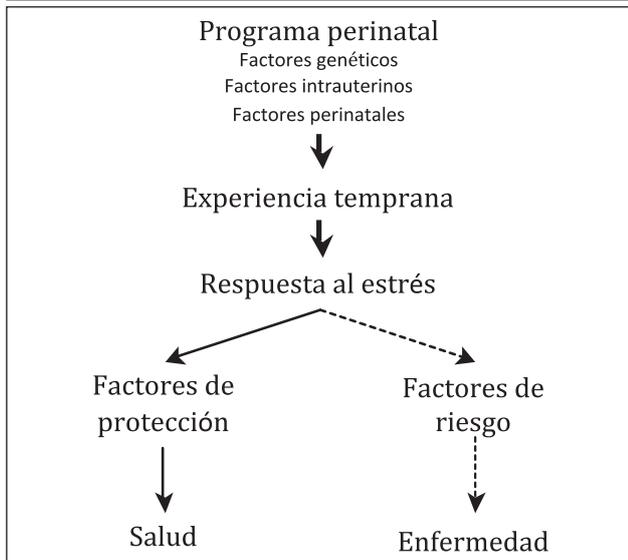
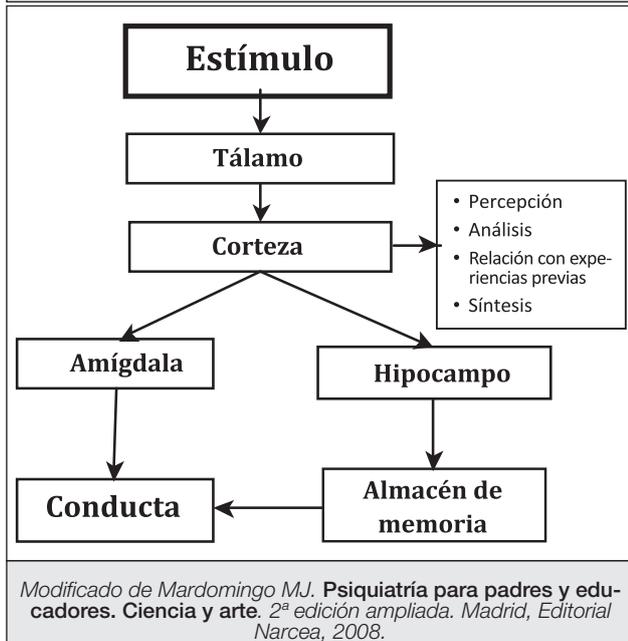


Figura 3: Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad



La respuesta del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal es demasiado intensa y persistente ante las amenazas y ante estímulos neutros que se perciben, sin serlo, como peligrosos (figura 1). Se altera la respuesta linfocitaria y otros mecanismos de defensa. Se hace una evaluación inadecuada de la información que llega a la corteza cerebral procedente del tálamo. Esta información se transmite a la amígdala y se almacena en el hipocampo en forma de memoria, que reforzará otra respuesta inadecuada ante una nueva situación estresante (Figura 4).

Figura 4: Mecanismos de la ansiedad



Modificado de Mardomingo MJ. *Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte. 2ª edición ampliada. Madrid, Editorial Narcea, 2008.*

De este modo, la alteración de los mecanismos genéticos, neuroendocrinos e inmunes, aumenta el riesgo de sufrir no solo trastornos de ansiedad y depresión, sino enfermedades propias de la época en que vivimos como la obesidad, el síndrome metabólico y las enfer-

medades cardiovasculares. Unas enfermedades que, de acuerdo con estudios clínicos y de modo particular en modelos animales, se transmiten de generación en generación, explicando el surgimiento de nuevas enfermedades desde la segunda mitad del siglo XX, que no hacen más que aumentar⁽¹³⁾.

Los trastornos de ansiedad tienen un componente genético elevado y así lo demuestran los estudios en familiares y gemelos⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾ y un marcado componente temperamental. La actitud tímida y retraída del niño que también se denomina inhibición conductual, es un claro factor de riesgo de sufrir trastornos de ansiedad⁽¹⁶⁾. Por otra parte es innegable la influencia de los factores ambientales y, de modo particular, del medio familiar en el surgimiento y persistencia de los trastornos de ansiedad en el niño. La respuesta ansiosa no solo se hereda, también se aprende. El modelo de unos padres ansiosos y temerosos refuerza los miedos y la ansiedad del niño que percibe la vida como algo esencialmente amenazante.

Los trastornos de ansiedad se heredan y se aprenden, y las circunstancias ambientales adversas potencian y facilitan su aparición actuando como factores de riesgo (Tabla IV).

Tabla IV. Factores de riesgo de la ansiedad

- Clase socioeconómica desfavorecida
- Agresividad y violencia en la familia y en el medio social
- Antecedentes de trastorno de ansiedad
- Inhibición conductual y social como características temperamental
- Depresión familiar
- Alcoholismo
- Actitud excesivamente permisiva de los padres
- Expectativas desmesuradas que cargan sobre el hijo una responsabilidad excesiva y agobiante

Tomado de Mardomingo MJ. *Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte. 2ª edición ampliada. Madrid, Editorial Narcea, 2008.*

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad mejora el pronóstico y la evolución a largo plazo. Las tres medidas terapéuticas fundamentales son la terapia cognitivo-conductual⁽¹⁰⁾ el tratamiento farmacológico⁽¹⁷⁾ y el asesoramiento a los padres.

Los objetivos del tratamiento son: mejorar el cuadro clínico aumentando la calidad de vida del paciente, favorecer el desarrollo emocional y social del niño, prevenir la aparición de otros síntomas psiquiátricos asociados, especialmente de tipo depresivo, y mejorar el pronóstico evitando la evolución crónica del proceso⁽⁰⁵⁾⁽¹⁸⁾. El plan de tratamiento debe tener en cuenta la naturaleza del trastorno de ansiedad, la gravedad, el tiempo de evolución, la edad del paciente, su desarrollo cognoscitivo, las características del medio familiar y los estilos educativos de los padres.

Cuando el trastorno de ansiedad es poco intenso y de corta evolución puede ser suficiente el tratamiento mediante psicoterapia de apoyo y asesoramiento a los padres, resolviéndose con facilidad si estos colaboran.

La terapia cognitivo-conductual se centra en el papel que tienen las distorsiones cognitivas en la aparición y persistencia de los síntomas de ansiedad. Tiene como objetivo normalizar las emociones y la conducta del niño, modificando su modo de percibir y juzgar la realidad y, por lo tanto, cambiando su modo de pensar.

La terapia cognitivo-conductual es uno de los modos más eficaces de tratamiento, una eficacia que es aún mayor cuando los padres colaboran para que se lleve a término. Un aspecto fundamental es que el niño y los padres entiendan las características de la enfermedad, el curso previsible y las estrategias que deben seguirse para que se normalice el cuadro clínico (19).

La terapia cognitivo-conductual es especialmente eficaz en el tratamiento de las fobias simples mediante exposición progresiva del niño al estímulo que le produce ansiedad (*ascensor, colegio, dentista, oscuridad*).

Los fármacos más eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (**ISRS**). El tratamiento farmacológico está recomendado cuando no hay mejoría con la terapia cognitivo-conductual o la mejoría es escasa y en aquellos casos en que el cuadro clínico es de carácter moderado o grave. La combinación de ambos métodos suele obtener los mejores resultados.

Conclusiones

Los trastornos de ansiedad de los niños y adolescentes son una de las patologías psiquiátricas más frecuentes en la práctica clínica diaria, sin embargo, se da la paradoja de que con mucha frecuencia no se diagnostican. Una de las razones para que esto sea así es que las manifestaciones clínicas de la ansiedad abarcan un espectro de síntomas muy amplio, que puede afectar a la mayoría de los órganos y sistemas, confundiéndose con otras patologías. Otra razón añadida es la mayor dificultad de los niños para expresar lo que les sucede.

El pediatra tiene que conocer estas enfermedades y ser capaz de detectarlas en los niños pues el diagnóstico precoz y la puesta en marcha de medidas terapéuticas modifican claramente la evolución y el pronóstico, mejorando la calidad de vida de los pacientes y de las familias.

Bibliografía

01. Mardomingo MJ, Gutiérrez Casares JR: Trastornos de ansiedad. En Soutullo C, Mardomingo MJ (Eds.) Manual de psiquiatría del niño y del adolescente, Madrid, Panamericana, 2010, 95-110.

02. Mardomingo MJ: Trastornos de ansiedad. El anhelo sin fin. En Mardomingo. *Psiquiatría para padres y educadores*. Madrid. Narcea, 2008a, 2ª ed., 53-84.

03. Kashani JH, Orvaschel H. A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 313-318.

04. McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. DSM-III disorders from age 11 to 15 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992; 31, 50-59.

05. Mardomingo MJ: Trastornos de ansiedad. En Mardomingo. *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994a, 281-314.

06. Mardomingo MJ: Fobia escolar. En Mardomingo MJ, *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994b, 477-498.

07. Mardomingo MJ: Trastorno obsesivo-compulsivo. El clamor de las olas. En Mardomingo. *Psiquiatría para padres y educadores*. Madrid. Narcea, 2008b 2ª ed., 123-153.

08. King NJ, Bernstein GA: School Refusal in Children and Adolescents: A review of the Past 10 Years, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40(2):197-205.

09. Masia CL, Klein RG, Sorch EA, Corda B: School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40:780-786.

10. Beidel DC, Turner SM, Morris TL: Behavioral treatment of childhood social phobia. *J Consult Clin Psychol* 2000, 68 :1072-1080.

11. Pine DS, Grun J: Childhood anxiety: Integrating developmental psychopathology and affective neuroscience. *J Child Adolesc Psychopharmacol.*, 1999; 9, 1-12.

12. Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS : Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47:511-518.

13. Mardomingo MJ: Desarrollo de la conducta y experiencias tempranas de la vida. En Mardomingo MJ, *Psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Díaz de Santos, en prensa.

14. Last CG, Hersen M, Kazdin A *et al.*: Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psychiatry* 48:928-934, 1991.

15. Crowe RR, Noyes R, Pauls DL *et al.*: A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 40:1065-1069, 1983.

16. Gratacos M, Nadal M, Martín-Santos R *et al.*: A polymorphic genomic duplication on human chromosome 15 is a susceptibility factor for panic and phobic disorders. *Cell* 2001, 106(3); 367-79.

17. Mardomingo MJ: Ansiofóbicos. En Mardomingo Sanz MJ, Rodríguez-Ramos P, Velasco A: *Psicofarmacología del niño y del adolescente*. Madrid, Díaz de Santos 1997, 141-166.

18. Kendall PC, Brady EU, Verduin TL: Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001, 40(7):787-794.

19. Mardomingo MJ, Herreros O: Psicoterapias. En Soutullo C, Mardomingo MJ (eds) *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Panamericana, 2010, 367-380.