

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

### **1.- Concepto y Definición**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en niños y adolescentes se caracteriza por ansiedad y preocupaciones excesivas, persistentes y fuera de control sobre gran número de hechos y actividades de la vida diaria, que interfieren con su funcionamiento familiar, social y escolar. La preocupación es desproporcionada a los hechos, y una vez el niño empieza a preocuparse encuentra muy difícil o imposible parar. La distinción entre las preocupaciones apropiadas a la edad y las propias de este trastorno se basa más en su persistencia y carácter poco realista que en el objeto de la preocupación. Las preocupaciones hacen referencia a la escuela, familia, amigos, rendimiento, competencia, aprobación y conducta pasada, puntualidad, salud y aspectos del mundo como guerras y catástrofes. Los acontecimientos futuros y las situaciones nuevas o poco familiares son también motivo de preocupación. Los padres comentan que sus hijos son catastrofistas y que se preocupan por todo. Los adultos describen a estos niños como perfeccionistas, conformistas y rígidos, y en ocasiones como opositores. Frecuentemente buscan ser tranquilizados por los demás, aunque esto sólo les alivia momentáneamente. La preocupación puede manifestarse con irritabilidad. Los niños con TAG tienen tendencia a procesar la información de manera sesgada hacia la amenaza. Para realizarse el diagnóstico, esta ansiedad y preocupación deben ir acompañadas como mínimo por un síntoma físico, presentarse la mayoría de días y un mínimo de 6 meses. Los padres refieren más síntomas físicos que los propios niños. Los niños mayores (11-13 años) refieren más síntomas físicos que los de menor edad (9-11 años) (Pimentel y Kendall, 2003). Quejas somáticas como dolor de cabeza, dolores abdominales y dificultades para dormir son frecuentes.

La mayor parte de la información disponible sobre este trastorno en niños y adolescentes procede de estudios sobre el trastorno por ansiedad excesiva. Esta categoría quedó incluida en el trastorno de ansiedad generalizada del DSM-IV. Parece que hay consistencia entre los criterios diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV, y acuerdo en el diagnóstico basado tanto en la información proporcionada por los padres como por los pacientes (Kendall & Warman, 1996), por lo que la información

procedente de los anteriores estudios es generalizable (Hudson et al., 2004). Sin embargo, existen pocos estudios sobre TAG, y mucha de la información disponible procede de estudios sobre trastornos de ansiedad en general.

## **2.- Epidemiología**

La prevalencia estimada del TAG varía del 2.7% al 4.6% (Costello, 1989). Del 3 al 12% de los niños en población general presentan una preocupación excesiva y crónica que causa disfunción (Anderson et al., 1987). En la niñez es igual de frecuente en ambos sexos, mientras que en la adolescencia es más frecuente en chicas. A diferencia de otros trastornos de ansiedad, como la ansiedad por separación, los niños de mayor edad tienen más síntomas que los de menor edad (McGee et al., 1990). En niveles socioeconómicos medios o altos y población blanca hay mayor prevalencia de TAG (Last et al., 1987). El inicio del trastorno es relativamente temprano, como promedio de 8.8 a 10 años, y el diagnóstico de 10.8 a 13.9 (Keller et al., 1992; Last et al., 1992). El curso tiende a ser crónico y fluctuante, empeorando ante situaciones de estrés. Pone en evidencia la continuidad entre los trastornos de ansiedad en niños, adolescentes y la vida adulta. Muchos adultos con este trastorno explican que han sido ansiosos la mayor parte de su vida, y que frecuentemente iniciaron el problema ya en la infancia. Los padres de pacientes también comentan que su hijo se ha preocupado mucho “desde siempre”. Por este motivo, hay autores que consideran mejor conceptualizar este trastorno como un rasgo temperamental que como un trastorno mental. Hasta el momento conocemos poco sobre el cambio de síntomas a lo largo de la infancia hasta la vida adulta, y los resultados son inconsistentes. Por ejemplo, se pensaba que a menor edad menos síntomas físicos, lo que quedó incorporado como criterio diagnóstico. Sin embargo, el resultado no es claro. Debe tenerse cuidado al hacer inferencias en niños menores de 7 años, ya que en torno a esa edad hay cambios cognitivos que tienen un impacto en los procesos de preocupación (Vasey, Crnic y Carter, 1994).

El TAG raramente se presenta solo. Presenta una comorbilidad alta con otros trastornos de ansiedad y con depresión (Keller et al., 1992; Last et al., 1996, Verduin y Kendall, 2003). También puede presentarse con otros trastornos de carácter externalizante, como el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, el Trastorno de Conducta o el Trastorno Negativista Desafiante.

### **3.- Población/edades de riesgo-dianas**

Mucha información sobre población y factores de riesgo procede de investigaciones de trastornos de ansiedad en general y de estudios con adultos. Los hijos de pacientes con trastornos de ansiedad tienen más riesgo de sufrir también un trastorno de ansiedad. Los familiares de primer grado de niños con trastornos de ansiedad tienen más trastornos de ansiedad que la población general. Un estudio señaló que familiares de primer grado de pacientes con TAG tenían mayor proporción de TAG, pero no de otros trastornos de ansiedad (Hudson et al., 2004). Los factores genéticos parecen sin embargo jugar un papel menor o más moderado que en otras patologías. Un estudio de 1000 mujeres gemelas estimaba la heredabilidad en un 30%, comparada con el 70% de la depresión mayor (Kendler et al., 1992). Los factores genéticos parecen más bien predisponer de forma inespecífica tanto a la ansiedad como a otros trastornos como la depresión (Hudson et al., 2004). La contribución genética puede entenderse a través del temperamento (la inhibición conductual). Este rasgo temperamental estable, caracterizado por la presencia de inhibición ante situaciones no familiares, evitación y retirada o actitud de reserva ante situaciones nuevas, ha estado asociado de manera clara con trastornos de ansiedad posteriores (Biederman et al, 1993, 2001; Oosterlaan, 2000).

Los padres de niños con trastornos de ansiedad refuerzan las conductas de evitación más que los padres de niños con otros trastornos, y las madres de niños ansiosos se implican más y dan más ayuda de la necesaria al niño en situaciones de estrés. No está claro si es una consecuencia de la ansiedad de los niños o un reflejo de un estilo educativo protector más estable. Los padres ansiosos proporcionan modelos de conducta ansiosa a sus hijos. Una vinculación afectiva ambivalente, como la que muestran los niños que tienen una gran dificultad para separarse de sus cuidadores, está asociada con mayor riesgo de ansiedad (Warren et al., 1997). Los acontecimientos vitales estresantes, las condiciones psicosociales adversas y las experiencias traumáticas, están asociadas al TAG, a otros trastornos de ansiedad y a depresión, y en algunos casos específicamente al desarrollo de TAG en la etapa adulta (Kessler et al., 1997). La experiencia de falta de control sobre el propio entorno especialmente en la infancia temprana parece jugar un papel central en el desarrollo de la ansiedad, aunque factores como el apoyo social moderan esta influencia. Por último, se han de tener en cuenta la edad y el desarrollo cognitivo,

que permiten hacer predicciones sobre el futuro y anticipar resultados negativos, dando lugar al inicio del proceso de preocupación.

#### 4.- Necesidad de unidad de criterios

Son necesarios estudios con muestras diferenciadas de niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada “puros”, diferenciándolos de otras muestras con TAG y otros trastornos comórbidos y de muestras que incluyen distintos trastornos de ansiedad. Permitirían identificar variables específicas de este trastorno que facilitarían la evaluación y el tratamiento específico del mismo. Será necesario tener en cuenta distintas edades en los estudios transversales y la importancia de los estudios longitudinales. Es importante la unificación de criterios respecto al tratamiento de elección, basado en estudios de evidencia. Cuándo es suficiente una intervención psicológica y cuándo es necesario complementarla con tratamiento farmacológico, qué fármaco es mejor y para qué niño, o qué componente de la intervención cognitiva-conductual es el fundamental, son aspectos que aún necesitan mayor clarificación.

<b>Tabla 3. 1.- Signos y síntomas de detección y /o derivación: signos y síntomas de ansiedad</b>		
<b>Cognitivos</b>	<b>Conductuales</b>	<b>Físicos</b>
Miedoso, temeroso, tímido	Inquieto	Cardiovascular (ej. ritmo cardíaco acelerado)
Nervioso, aprensivo	Aferrado al adulto	Respiratorio (dificultad al respirar)
Estresado	Dependiente	Piel (ej. sudar)
Quejoso, preocupado	Tímido	Músculo-esquelético (ej. cuello rígido, agarrotado)
Frustrado, vencido, derrotado	Reservado	Gastrointestinal (ej. colon irritable)
Dificultad de concentración	Reacio a actuar, poco dispuesto a hacer algo, indeciso. Evitador	Dolor de cabeza
Distraído		Vértigos

*Modificado de Freeman, Garcia y Leonard (2002)*

<b>Tabla 3.2.- Signos y síntomas de detección y /o derivación: signos y síntomas más específicos de ansiedad generalizada</b>
Aniedad excesiva no relacionada con una única situación
Preocupaciones excesivas, desproporcionadas o poco realistas y persistentes
Preocupaciones relacionadas con muchas situaciones y aspectos de su vida diaria
Preocupados por acontecimientos futuros y situaciones nuevas o no familiares
Preguntas reiteradas y excesivas antes de un hecho sobre lo que va a suceder
Catastrofistas y preocupados por todo
Buscan al adulto para ser tranquilizados
Evitan situaciones que les preocupan
Quejas somáticas: dolores abdominales, dolor de cabeza
Dificultades para dormir
En niños, irritabilidad asociada a las preocupaciones
Descripciones de sentirse nervioso, con los nervios de punta, incapaz de relajarse

<b>Tabla 4.- Protocolo diagnóstico</b>
<b>1. Primera visita – Padres:</b>
<p>Historia clínica habitual en Psiquiatría infantil. Énfasis en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio y desarrollo de los síntomas y contexto familiar y social en el que se producen y mantienen</li> <li>• Evaluación ansiedad: ansiedad específica a estímulos, espontánea o anticipatorio. Grado de evitación en la vida diaria</li> <li>• Valorar que el niño o adolescente esté experimentando más miedo, ansiedad o preocupación que otro niño de su misma edad y nivel de desarrollo. Tener en cuenta que puede manifestar sus síntomas de ansiedad de diferente manera que los adultos, lloros, rabieta, irritabilidad, quejas somáticas</li> <li>• Impacto de los síntomas en la vida diaria y posible reforzamiento social y familiar</li> <li>• Evaluación síntomas-criterios diagnósticos</li> <li>• Estrés bio-psico-sociales</li> <li>• Psicopatología comórbida, rasgos de personalidad no adaptativos. Tener en cuenta la alta comorbilidad del TAG con otros trastornos, en especial otro t. de ansiedad y t. de estado de ánimo.</li> <li>• Historia evolutiva con especial énfasis en: temperamento, habilidad para tranquilizarse o ser tranquilizado, adaptabilidad, calidad de la vinculación afectiva, miedos infantiles, respuestas ante la separación y los extraños.</li> <li>• Historia médica: enfermedades y medicaciones que pueden producir síntomas de ansiedad (ver Tabla 5)</li> <li>• Historia escolar y social: estresores ambientales, historia de separación y pérdidas, relación con grupo de edad y competencia social</li> <li>• Historia familiar: estresores familiares, antecedentes psicopatológicos y médicos relacionados con síntomas de ansiedad, respuesta familiar a las medicaciones</li> </ul>
<b>2. Segunda visita - Entrevista paciente</b>
<p>Entrevista y exploración psicopatológica habituales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recoger información sobre síntomas y valoración del grado de disfunción</li> <li>• Observar signos objetivos de ansiedad</li> <li>• Tener en cuenta la dificultad en describir sus experiencias y hacer preguntas adecuadas a la edad. En especial en niños menores de 9 años. Niños y adolescentes son reacios a reconocer que sus miedos y preocupaciones son excesivos</li> </ul>
<b>3. Administración de instrumentos evaluación (ver tabla 4.1)</b>
<p>Tener en cuenta la alta comorbilidad del TAG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista estructurada o semiestructurada</li> <li>• Autoinformes adecuados a su edad y cuestionarios</li> <li>• Observación conductual</li> </ul> <p>Es recomendable la evaluación con diferentes instrumentos y varios informantes. Se mejora la fiabilidad diagnóstica con el uso de entrevistas estructuradas. El nivel de acuerdo entre niños y sus padres es modesto. Los niños tienden a informar de menores síntomas que los padres</p>
<b>4. Evaluación de conducta y relación familiar</b>
<p>Evaluación de las interacciones familiares Evaluación de la interacción niño-padres</p>
<b>5. Obtener información escolar:</b> puede ser conveniente contactar con la escuela para obtener más información sobre: funcionamiento académico, habilidades sociales, implicación con los compañeros, patrón de asistencia
<b>6. Evaluación psicométrica</b> de inteligencia, problemas de aprendizaje y lenguaje si hay indicaciones clínicas
<b>7. Evaluación física:</b> consulta con pediatra/ médico de familia y examen médico – neurológico si existen indicios

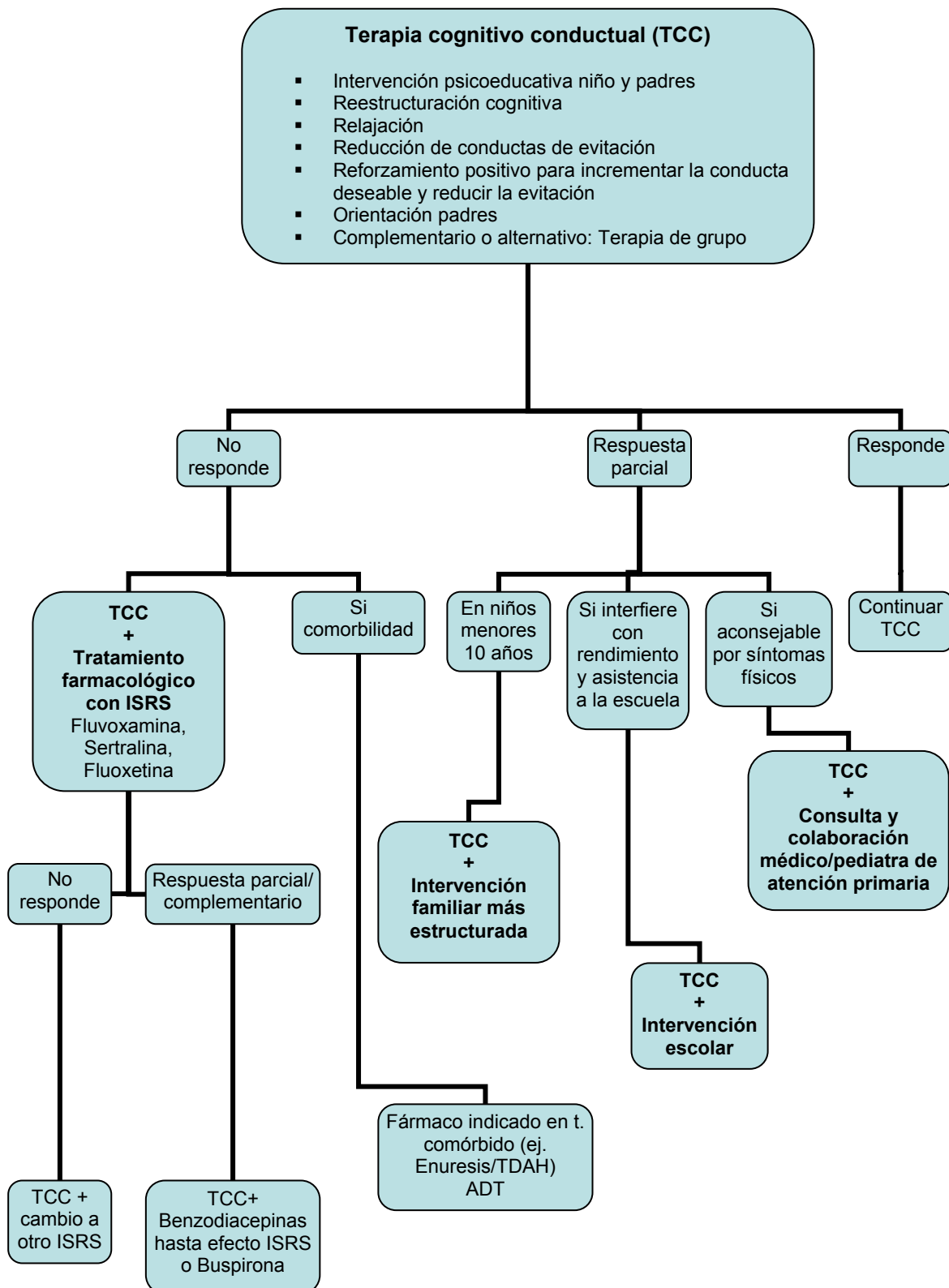
Tabla 4.1.- Instrumentos de evaluación de sintomatología de ansiedad en niños y adolescentes	
Entrevistas estructuradas o semiestructuradas	Comentarios
<p><b>ADIS-C/P</b> The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child and Parent Versions (Silverman &amp; Albano, 1996)</p>	<p>Basada en criterios DSM IV. Específica para diagnosticar t. de ansiedad en niños. Más ampliamente utilizada para TAG. Buena fiabilidad test-retest y entre evaluadores. Buena fiabilidad en la escala de síntomas de TAG Valora gravedad y grado de disfunción, problemas asociados, hechos precipitantes y evolución del trastorno. Incluye preguntas que ayudan a realizar un análisis funcional de los síntomas de ansiedad. De 6 a 17 años. Validez para niños menores de 9 años necesita más investigaciones</p>
<p><b>DICA-IV</b> The Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Reich, 1997)</p> <p><b>DISC</b> The Diagnostic Interview Schedule for Children (Shaffer et al. 2000)</p> <p><b>CAPA</b> The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (Angold &amp; Costello, 2000)</p> <p><b>K-SADS-PL</b> The Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kaufman et al., 1997)</p>	<p>Todas las entrevista estructuradas o semiestructuradas tienen formas equivalentes para niños y padres, pueden obtenerse diagnósticos DSM, permiten registrar la conducta del niño durante la entrevista, cubrir un amplio rango de edad y valorar la mayoría de trastornos</p>
<p>Valoraciones realizadas por personas significativas</p>	<p>Cuestionarios e inventarios contestados por padres, maestros y otras personas significativas, como el CBCL <i>Child Behaviour Checklist</i> (Achenbach, 1991). Buenas propiedades psicométricas y datos normativos amplios. Discrimina por edad y género. No discrimina entre trastornos de ansiedad</p>

<b>Tabla 4.1.- Instrumentos de evaluación de sintomatología de ansiedad en niños y adolescentes (continuación)</b>	
<b>Autoinformes</b>	<b>Comentarios</b> (método rápido, flexible y poco costoso en cuanto a tiempo. Sirve de <i>screening</i> al inicio de la evaluación. Dificiles de aplicar en niños menores de 8 años)
<b>RCMAS</b> Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds & Richmond, 1978, 1985)	No discrimina niños con t. de ansiedad de otros trastornos internalizantes y externalizantes. Poco sensible a los aspectos evolutivos
<b>STAI-C</b> State-Trait Anxiety Inventory for Children (Spielberger, 1973)	No discrimina entre niños con T. de ansiedad de niños con otros trastornos
<b>MASC</b> Multidimensional Anxiety Scale for Children (March et al., 1997)	Excelente fiabilidad test-retest. Buena consistencia interna. Adecuada validez convergente y discriminativa. Tiene varias escalas para valorar síntomas de TAG. De 8 a 19 años
<b>SCAS</b> Spence Children's Anxiety Scale (Spence, 1998)	Adecuada consistencia interna y fiabilidad test-retest a los 6 meses, fuerte validez convergente y buena validez discriminativa. Diseñada para valorar t. de ansiedad según DSM-IV. Dispone de un factor de ansiedad generalizada. De 7 a 16 años
<b>SCARED</b> Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Birmaher et al., 1997)	Buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez discriminativa. Diseñada para valorar t. de ansiedad según DSM-IV. Dispone de un factor de ansiedad generalizada. De 9 a 18 años
<b>PSWQ-C</b> Penn State Worry Questionnaire for Children (Chorpita et al., 1997)	Específica para medir la tendencia a la preocupación excesiva, generalizada y fuera de control. Buena validez convergente y discriminativa. Excelente fiabilidad test-retest. Discrimina entre niños con diagnóstico de TAG según DSM-IV, de los que presentan otro t. de ansiedad, y de los que no cumplen criterios ni de t. de ansiedad ni de t. del estado de ánimo.
<b>Observación conductual</b>	<b>Comentarios</b>
Observación conductual no estructurada	Observación de conductas indicadoras de ansiedad en situaciones no estructuradas. Permite análisis funcional de la conducta, base para la intervención cognitivo-conductual. El mismo sujeto puede registrar sus emociones, pensamientos y conductas ante muchas situaciones
Técnicas de observación conductual estructuradas	Exposición del niño a situaciones generadoras de ansiedad mientras se registran una serie de medidas de ansiedad. Menos válido en TAG debido a que los estímulos ansiógenos son múltiples, difíciles de crear e implican muchas señales cognitivas complejas <i>The Family Anxiety Coding Schedule</i> (Dadds et al., 1996). Útil para valorar la interacción familiar, las conductas de ansiedad del paciente y familia y sus mutuas influencias Métodos costosos en cuanto a tiempo. Necesario estudiar fiabilidad y validez del sistema de codificación.

<b>Tabla 5- Diagnóstico diferencial</b>		
Enfermedades médicas	<p>Problemas gastrointestinales Hipertiroidismo Feocromocitoma Hipoglucemia Lupus Arritmias cardíacas Crisis comiciales Migrañas Trastornos del sistema nervioso central (ej. Delirium o tumores cerebrales) Uso excesivo de cafeína u otros estimulantes Efectos de medicamentos: antihistamínicos, antiasmáticos, simpaticomiméticos, esteroides, haloperidol y pimozide, ISRSs, antipsicóticos y preparados no prescritos como pastillas de dieta y medicinas para el resfriado</p>	<p>TAG se presenta con síntomas físicos. Necesidad de tener en cuenta y/o explorar la presencia de enfermedad física, especialmente cuando predominan síntomas autonómicos y cuando la historia clínica lo sugiera</p>
Otros trastornos de ansiedad	<p>T. ansiedad por separación Fobia social Fobias Específicas T. por crisis de angustia y agorafobia T. obsesivo compulsivo</p>	<p>Comparte muchos síntomas con otros t. de ansiedad. El diagnóstico de TAG se lleva a cabo cuando el motivo de la ansiedad y preocupación no está relacionado con la preocupación central de otro t. de ansiedad, como la separación o situaciones sociales. Es frecuente la comorbilidad entre varios t. de ansiedad</p>
Otros trastornos psiquiátricos	<p>T. adaptativo con estado de ánimo ansioso</p>	<p>Si la sintomatología es de menor duración y surge tras experimentar algún acontecimiento estresante específico</p>
	<p>Trastornos del estado de ánimo TDAH Abuso de sustancias: alcohol, nicotina, marihuana, cocaína, estimulantes, inhalantes y alucinógenos.</p>	



### 6.- Algoritmo terapéutico



**BIBLIOGRAFÍA**

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Angold, A. & Costello, E. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 39-48.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. & Neer, S.M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Chorpita, B.F., Tracey, S.A., Brown, T.A., Collica, T.J. & Barlow, D.H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 569-581.
- Dadds, M.R., Barrett, P.M., Rapee, R.M. & Ryan, S. (1996). Family Process and child anxiety and aggression: an observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. & Ryan, N (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K., Stallings, P. & Conners, K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Reich, W. (1997). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised, DSM-IV Version*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Reynolds;C.R. & Richmond, B.O. (1978). A revised measure of children's manifest anxiety scale. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Reynolds;C.R. & Richmond, B.O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K & Schwab-Stone, M.E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-39.
- Silverman, W.K. & Albano, A.M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child and Parent Versions*. San Antonio, TX: Graywind Publications.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.

- Spielberger, C.D. (1973) *State-Trait Anxiety Inventory for Children: Preliminary manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Edición española por TEA.

## **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10 Supplement), 69S-84S.
  - Freeman, J.B., Garcia, A.M. & Leonard, H.L. (2002) Anxiety Disorders. En M.Lewis (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook (pp 821-834)* Philadelphia: Lippicot Williams & Wilkins (3ª edición).
  - Hudson, J.L., Hughes, A.A. & Kendall, P.C. (2004). Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. En P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Eds.). *Handbook of Interventions that work with Children and Adolescents. Prevention and Treatment*. (pp 115-143). Chichester: Wiley.
  - Hudson, J.L., Deveney, C. & Taylor, L. (2005). Nature, Assessment, and Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Children. *Pediatric Annals*, 34, 97-106.
  - Klein, R.G. & Pine, D.S. (2002). Anxiety Disorders. En M.Rutter & E. Taylor (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry* (pp 486-509). Oxford: Blackwell Publishing (4ª edición).
  - Mardomingo, M.J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Silverman, W.K. & Treffers, P.D.A. (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents. Research, assessment and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.