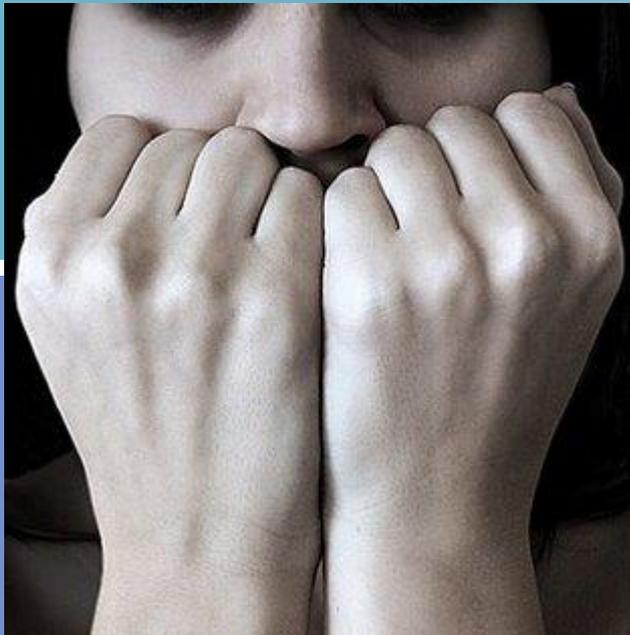


# TRANSTORNO DE ANSIEDAD EN JÓVENES Y ADOLESCENTES



Dra. Roxana Vivar Cuba  
Psiquiatra de Niños y Adolescentes  
INSM "HD-HN"

# T. Ansiedad en Niños y Adolescente

El diagnóstico se realiza cuando la **Ansiedad es el síntoma predominante y causa malestar o deterioro.**

Uno de cada 10 niños sufre una enfermedad ansiosa.

# Comorbilidad y antecedentes psiquiátricos familiares

Aproximadamente el **50%** tienen otro trastorno de **Ansiedad**.

El **30%** tienen además algún tipo de **Trastorno depresivo**.

Los Trastornos de Ansiedad se dan con frecuencia en los familiares cercanos.

# COMORBILIDAD DE TRANSTORNOS DE ANSIEDAD

La dependencia de sustancias suele preceder distintos trastornos de ansiedad:

Transtorno de pánico (odds ratio [OR] =2.62, IC al 95 % [CI] =1.29, 5.32),  
Fobia social (OR:1.7, IC al 95 % (1.12, 2.41),  
Agorafobia (OR:1.78, IC al 95 (1.08, 2.94).



# Enfermedad Mental y Riesgo de morir por homicidio

Crump, C et al

Objetivo: asociación de Enfermedad mental con muerte por homicidio.

Método: Seguimiento por ocho años (2001-2008) a la población total de suiza (7'253,516). Ajuste de v. c.

Resultados:

Las personas con TM tuvieron RR: 4,9; IC al 95 % 4-6

Abuso de sustancias RR: 9

T. personalidad RR 3,2

**T.A. RR: 2,2**

Esquizofrenia 1,8

# Tipos de TA

Fobias social

TAG

Fobia Especifica

TAS

T. Pánico



# Tasas de prevalencia de la fobia social en estudios llevados a cabo en población adulta

PAÍS	AUTORES	AÑO	N	EVALUACIÓN	PREVALENCIA (%)			MANUAL DSM
					H	M	Total	
Estados Unidos	Kendler <i>et al.</i>	1992	2163	DIS-III-R	-	-	11,5	DSM-III-R
Canadá	Stein <i>et al.</i>	1994	526	Telefónica	-	-	7,1	DSM-III-R
Estados Unidos	Kessler <i>et al.</i>	1994	8098	CIDI	11,1	15,5	13,3	DSM-III-R
Canadá	DeWitt <i>et al.</i>	1999	7871	CIDI	-	-	12,7	DSM-III-R
Canadá	Offord <i>et al.</i>	1996	9953	CIDI	5,4	7,9	6,7	DSM-III-R
Estados Unidos	Magee <i>et al.</i>	1996	8098	CIDI	3,8	5,2	4,5	DSM-III-R
Estados Unidos	Vega <i>et al.</i>	1998	3012	CIDI	6,1	8,8	7,4	DSM-III-R
Nueva Zelanda	Feehan <i>et al.</i>	1994	930	DIS-III-R	7,6	14,8	11,1	DSM-III-R
Canadá	Stein <i>et al.</i>	1996	500	Telefónica	-	-	10	DSM-IV
Canadá	Stein <i>et al.</i>	2000	1956	CIDI	-	-	7,2	DSM-IV
Suecia (Sweden)	Furmark <i>et al.</i>	1999	1202	Por correo	12,2	18,5	15,6	DSM-IV
Francia	Pélissolo <i>et al.</i>	2000	12873	Por correo	-	-	7,3	DSM-IV
Australia	Andrews <i>et al.</i>	2001	10641	CIDI	-	-	1,0	DSM-IV

H= Hombre; M= Mujer; DIS= Diagnostic Interview Schedule; CIDI= Composite International Diagnostic Interview; DIS-III-R= Diagnostic Interview Schedule for DSM-III-R. Falta SPIKE, y Q-DIS-III-R

# PREDICTORES DE TRANSTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ZONAS RURALES DE NORESTE DE UGANDA

Abbo C, Kinyanda E, Kizza RB, Levin J, Ndyabangi S, **Stein DJ.**

Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013 Jul 10;7(1):21

Cuatro distritos de la zona rural del noreste de Uganda, con N: 1587 niños y adolescentes de 3 a 19 años..

El (MINI KID).



# PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y PREDICTORES DE TRANSTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ZONAS RURALES DE NORESTE DE UGANDA

La prevalencia de trastornos de ansiedad fue de 26,6%, con porcentajes más elevados en mujeres (29,7%) que en varones (23,1%)

El trastorno más común tanto en mujeres como varones fue fobia específica (15,8%), Estrés post-traumático (PTSD) (6,6%) y trastorno de ansiedad de separación (5,8%)

Niños menores a los 5 años de edad fueron visiblemente más propensos a sufrir trastorno de ansiedad de separación y fobias específicas, mientras que aquellos entre los 14 y 19 años resultaron ser significativamente más propensos a sufrir PTSD.

# PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y PREDICTORES DE TRANSTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ZONAS RURALES DE NORESTE DE UGANDA

## PREDICTORES DE TRANSTORNO DE ANSIEDAD:

Género femenino,

Desempleo,

Permanecer en casa,

Vivir sin sus padres,

Tener padres sin educación.

# Prevalencia de T. Ansiedad en adolescentes peruanos

	Lima y Callao 2002	Sierra 2003	Selva 2004	Fronteras 2005
	Distritos de Lima y Callao	Ayacucho, Cajamarca, Huaraz	Iquitos, Pucallpa, Tarapoto	Bagua, Pto Maldonado, Puno, Tacna, Tumbes
	Prevalencia actual	Prevalencia actual	Prevalencia actual	Prevalencia actual
N	991	1568	1860	2188
1	E. Depresivo 8,6 %	E. Depresivo 5,7 %	<b>TAG 4,8 %</b>	E. Depresivo 4,2 %
2	<b>Fobia social 7,1 %</b>	<b>TAG 5,5 %</b>	E. Depresivo 4,7 %	<b>Fobia social 3,6 %</b>
3	<b>TAG 4,2 %</b>	<b>Fobia social 3,1 %</b>	Uso nsv. de OH 1,5 %	<b>TAG 3,2 %</b>
4	Uso ncv de OH 2 %	Uso ncv. de OH 2 %	<b>Fobia Social 1,2 %</b>	Uso nsv de OH 2,6
5	Bulimia 0,8 %	Distimia 0,8 %	Distimia 0,7 %	Distimia 0,5 %
6	Anorexia 0,1 %	Bulimia 0,4 %	Anorexia 0,1 %	Anorexia 0,3 %

# Prevalencia de T. Ansiedad en adolescentes peruanos

	Costa 2006	Lima rural 2007	Sierra rural 2008	
	Arequipa, Ica, Trujillo, Chimbote, Piura	Lima provincia	Areas rurales de Ayacucho, Cajamarca, Huaraz	
	Prevalencia	Prevalencia	prevalencia	
N	2,400	658	1,132	
1	E. Depresivo 4,4 %	<b>TAG 4,2 %</b>	<b>Fobia Social 2,3 %</b>	
2	<b>Fobia Social 2,3 %</b>	<b>Fobia Social 3,9 %</b>	E. Depresivo 2,0 %	
3	<b>TAG 1,9 %</b>	Uso ncv OH 2,3 %	Uso ncv OH 1,1 %	
4	Uso ncv OH 0,9 %	S. Psicotico 0,9 %	<b>TAG 0,4 %</b>	
5	Distimia 0,4 %	Distimia 0,2 %	S. Psicótico 0,3 %	
6	Anorexia 0,2 %	Uso de ST ilegales 0,2 %	<b>TEPT 0,2 %</b>	

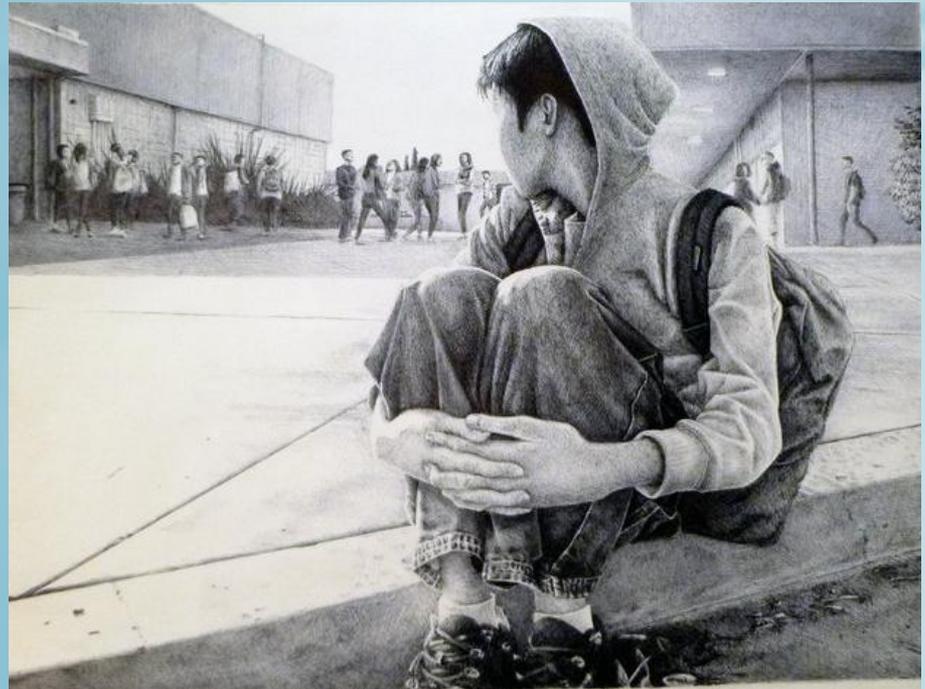
# Fobia Social en adolescentes y jóvenes

Síntomas cognitivos: **miedo a las situaciones sociales** (síntoma principal).

Evita situaciones sociales.

Síntomas físicos:

**enrojecimiento facial,**  
sudoración de manos,  
palpitaciones,  
temblores, **nauseas** etc.



# Fobia Social en adolescentes y jóvenes

La Fobia Social puede ser:

Generalizada: el paciente teme la mayoría de las situaciones sociales. Es la más debilitante.

No Generalizada: miedo a una o dos situaciones sociales (ejem. Exposición)

# Fobia Social en adolescentes y jóvenes

La F. Social es frecuentemente sub-diagnosticada.

El adolescente con F. Social: bajo rendimiento escolar y dificultades para terminar el año escolar por los abandonos frecuentes.

El problema puede incrementarse al finalizar la secundaria.

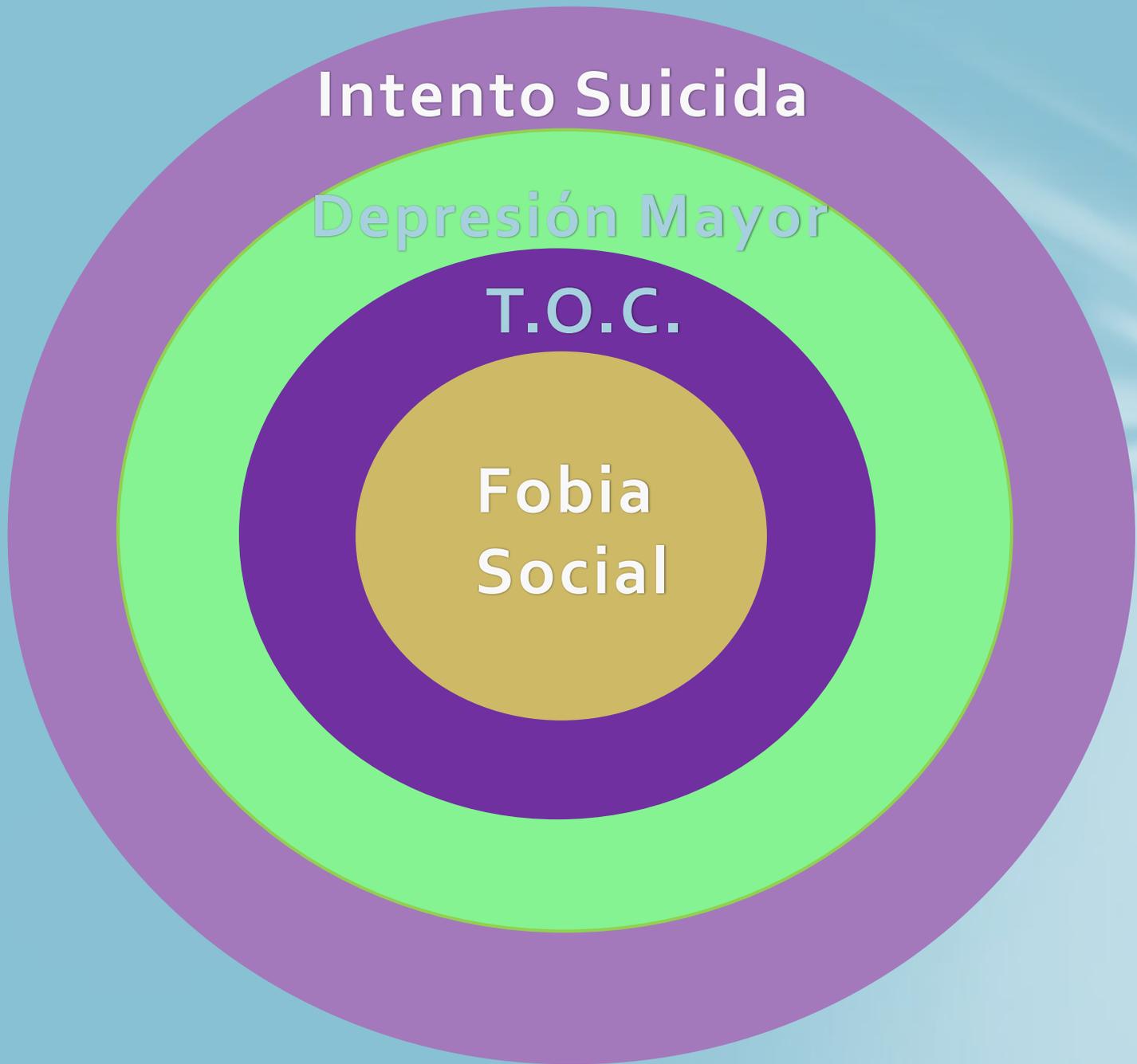
Pocas veces acceden a estudios universitarios.

# Fobia Social en adolescentes y jóvenes

DAVIDSON y col. En 1993: Tienen mayor riesgo de ideación e intentos suicidas.

SCHEMEIER y col en 1992: aproximadamente el **60% tienen otros trastornos comorbidos**, como Depresión, alcoholismo, TOC.

El paciente es traído a consulta por una enfermedad comorbida.



**Intento Suicida**

**Depresión Mayor**

**T.O.C.**

**Fobia  
Social**

# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON FOBIA SOCIAL Y PENSAMIENTO HETEROAGRESIVO

Objetivo: Observación de adolescentes\_42 adolescentes con Fobia Social y pensamiento hetero agresivo

Se clasifico el pensamiento hetero-agresivo en :

- Leve
- Moderado
- Homicida

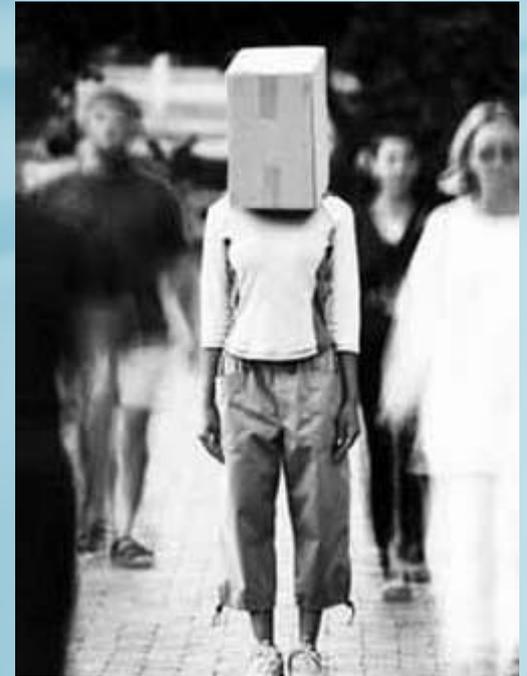
La muestra estuvo conformada por pacientes atendidos en la consulta externa del INSM “HD-HN”, de ambos sexos, de 10-18

# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON FOBIA SOCIAL Y PENSAMIENTO HETEROAGRESIVO

La moda de la edad de inicio del pensamiento heteroagresivo fue de 11-13 años.

El objeto a agredir en el 74 %, fueron los pares.

El 62 % presentaron ideación suicida.



# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON FOBIA SOCIAL Y PENSAMIENTO HETEROAGRESIVO

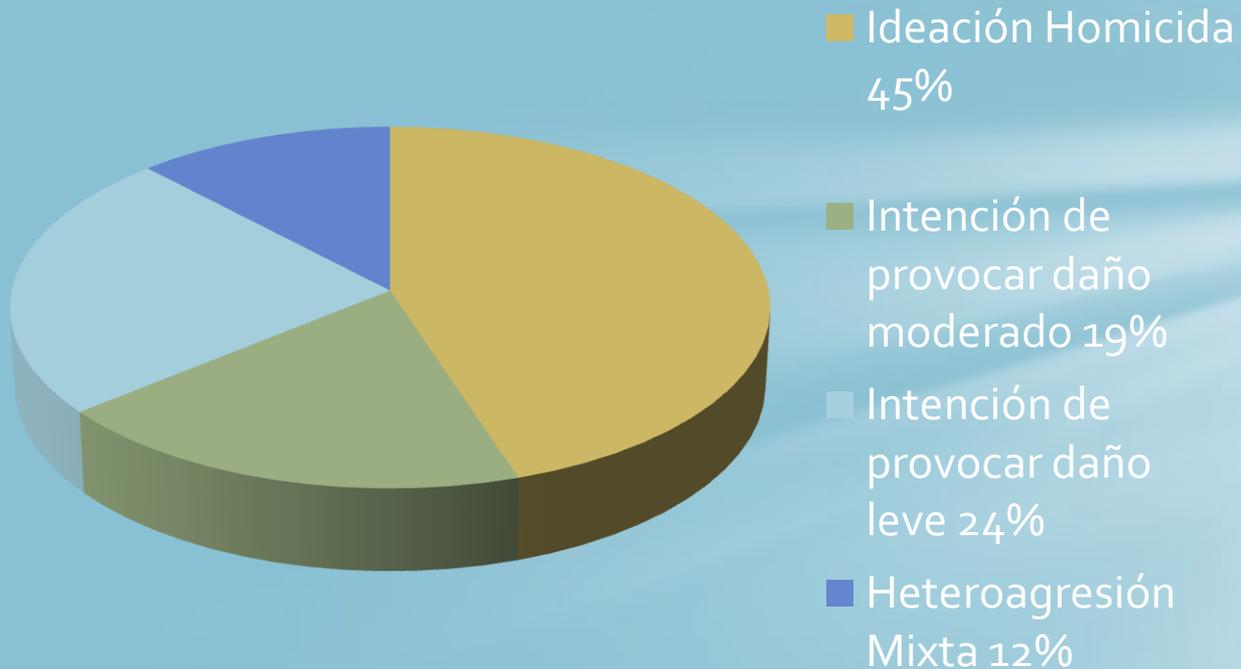
El 67 % de los pacientes fueron varones y el 33 % mujeres.

El grado de ansiedad de los pacientes fue severo

(Hamilton A. promedio: 23).

El 93 % tenía por lo menos otro diagnóstico psiquiátrico.

*Distribución de 42 pacientes con fobia social según pensamiento hetero agresivo*



## Distribución de 42 pacientes con diagnóstico de fobia social y pensamiento hetero agresivo, según el tipo de eventos sufridos a lo largo de sus vidas.

Eventos adversos sufrido por el niño	Si	%
Niño no deseado por al menos uno de los padres	33	79
Violencia doméstica	33	79
Maltrato Infantil	40	95
Acoso de pares	39 *	93

# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN DOS CIUDADES DE LA SELVA PERUANA 2009



Fuente: Base de datos del estudio epidemiológico de adolescentes en dos ciudades de la selva del INSM "HD-HN".

# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE DOS CIUDADES DE SELVA

N: 4,416 adolescentes de 11-18 años

## Sexo

Masculino: 49,9 %

Femenino: 50,1 %

## Edad

11-14: 48,6 %

15-18: 51,4 %

# FOBIA SOCIAL

Prevalencia: 3,5 % IC al 95 % (2,7 % -4,7%)

N: 118

Sexo: no hay diferencias sign. ( p: 0,2)

Edad:

P: 0,01

OR: 1,9 IC al 95 % (1,1- 3,5) en favor del grupo de 1-14 años frente al de 15-18 años

# FOBIA SOCIAL

## Comorbilidad

Regresión logística de fobia social con otros trastornos, controlando edad y sexo

	P	OR	IC al 95 %
Episodio depresivo	0,001	4,4	1,8- 10,8
Depresión recurrente	0,02	4,1	1,2- 13,5
Fobia especifica	0,2	1,5	0,7- 3,1
TAG	0,009	2,8	1,2- 6,3
T Opositorista desafiante	0,006	2,8	1,3- 5,8
T. Conducta	0,01	4,6	1,4- 15,4
Tendencia de problemas alimenticios	0,6	1,1	0,4- 2,8

No se realizó cálculos con Mania, hipomanía, trastorno de angustia con y sin agorafobia, TAS, TEPT, TOC, TDHA, por tener n menores de cinco

# RIESGO SUICIDA

Regresión logística controlando edad y sexo

	P	OR	IC al 95 %
Pensamiento suicida el último año	0,009	2,5	1,2- 5,0
Planeamiento suicida el último año	0,008	3,0	1,3- 6,9
Intento suicida el último año	0,003	5,1	1,7- 15,3

# PENSAMIENTO HOMICIDA

Regresión logística de Fobia social con pensamiento homicida en 4,416 adolescentes de dos ciudades de la selva peruana 2009

	p	OR	IC al 95 %
Controlando edad y sexo	0,004	3,3	1,4-7,4
Controlando edad, sexo, y violencia doméstica	0,01	2,8	1,2 – 6,4
Controlando edad, sexo y maltrato infantil	0,01	2,7	1,1- 6,5
Controlando edad, sexo y acoso escolar	0,1	2,3	0,8- 6,4
Controlando edad, sexo, maltrato infantil , violencia doméstica y acoso escolar	0,2	1,9	0,6- 5,9

# TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Prevalencia: 2,4 %

Sexo:

P:0,006

OR: 2,0 IC (1,2 – 3,4)

Edad:

No se encontraron diferencias significativas.

# TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

## Comorbilidad

Regresión logística de TAG con otros trastornos, controlando edad y sexo

	P	OR	IC al 95 %
Episodio depresivo	0,001	23,7	11,2 – 50,1
Depresión recurrente	0,001	42,5	16,3 – 110,5
Fobia específica	0,001	3,3	1,7 – 6,3
T. Pánico	0,001	15,3	6,2 – 37,5
Fobia Social	0,007	3,0	1,3 – 6,9
P. Vida episodio hipomaniaco	0,001	11,1	8,3 – 33,4
T Oposicionista desafiante	0,001	4,5	2,0 – 10,3
T. Conducta	0,01	2,8	1,1 – 6,7
TEPT	0,001	17,8	5,8 – 54,0

# TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: RIESGO SUICIDA y PENSAMIENTO HOMICIDA

Regresión logística controlando edad y sexo

	P	OR	IC al 95 %
Pensamiento suicida el último año	0,001	4,0	2,1 – 7,5
Planeamiento suicida el último año	0,001	4,6	2,1 – 10,3
Intento suicida el último año	0,001	6,8	2,0 – 22,3

	P	OR	IC al 95 %
Pensamiento Homicida	0,001	5,0	1,9 – 13,1

# Resumen

TA , ademas del sufrimiento, tiene riesgo:

- Alto riesgo de comorbilidad.
- Incremente tas tasas de suicidio.
- Incrementa el riesgo de pensamiento hetero-agresivo.
- Incremento de abuso de sustancias.

# Tratamiento Farmacológico

ISRS son de primera elección:

Sertralina (Zoloft ®)

Fluvoxamina (Luvox ®)

Fluoxetina (Prozac ®)

Venlafaxina (Anapresin R)

Ansiolíticos

# Medidas Psicoeducativas

Padres, Adolescentes y jóvenes.

Individual o grupal.

# Psicoterapia

Cognitivo Conductual

Familiar

Psicodinamica

GRACIAS

