

Ansiedad en adolescentes atendidos en las consultas de Atención Primaria de Cataluña

JM. Bofarull Bosch^a, N. Calvo Piñero^b, JL. Piñol Moreso^c,
en nombre de los investigadores del estudio ANSIECAT*

^aPediatra ABS-2, Reus.

^bPsicóloga clínica, Sant. Boi de Llobregat.

^cEpidemiólogo del Àrea Reus-Altebrat, CAP St. Pere, Reus.

Societat Catalana de Pediatria. Grup d'Estudi de Medicina del Adolescent.
Barcelona.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:211-22

Josep Maria Bofarull Bosch, bofarull@comt.es

Resumen

Introducción y objetivos: *los cambios biológicos que se producen durante la adolescencia y las influencias socioculturales que permiten al individuo pasar de la infancia dependiente a la edad adulta autónoma producen con frecuencia ansiedad, que se puede presentar en todas sus variantes y expresiones.*

* El grupo de estudio ANSIECAT está formado por los siguientes investigadores: **Barcelona:** Júlia Capdevila Sánchez, Josep Maria Soler Ros y José Luis Pi Hernández (ABS Casc Antic), Anna Estabanell Buxó (ABS Gòtic), Glòria Maria Aloy Pallarès (ABS Chafarinas), Maria Isabel Jiménez Garcia (ABS Lesseps), Maria Carmen Rodríguez Ibáñez (ABS Roquetes), Carme Palasi Bargalló (ABS Sardenya), Josefina Navarro Navarro (ABS Collblanc), Carme Ribas Barba, Montserrat Carreras Ruiz y Nela Bel Puigvert (ABS Horta-7), Josep Maria Torrecasana Fontanet (Consulta privada), Anna Maria López Lorite (ABS Gava-1), Carme Otal Entraigas (CNM Badalona), Irene Cercós Hawkins y Maria Angélica Diéguez Henriquez (ABS Moncada i Reixach), Lefa Eddy Ives (CM St. Ramón, Sta. Coloma), Marian Llussà Arboix (ABS Vilasar de Mar), Olga Fernández Fernández y Maria Dolors Marti Mauri (ABS Montmeló), África Raventos Canet (ABS Sant Feliu), Dolors Canadell Villaret (ABS Bárbara del Vallés), Elena Andrea Rosell Arnold (CMPF, Arenys de Mar), Marta Vicente Rodriguez (ABS Garraf), Montserrat González Garcia (ABS Can Vidalet, Espluges de Llobregat), Assumpció Trinxant Domènech (ABS San Just), Isabel Rovira Bergeren (Consulta privada, Sant Andreu de la Barca), Maria Ángeles Pascual Ibáñez (Clínica Stauros), Nathàlia Calvo Piñero y Laia Giménez Jori (Centre psicologia clinica, Sant Boi de Llobregat). **Girona:** Lluís Arçalà Bares (ABS Ripoll), Anna Bonnamusa Ventura y Maria Elena Riera Pérez (ABS L'Escala), Elena del Valle Olmos Sánchez (ABS Torroella), Nabil Abu-Hadwan (ABS Palafrugell), Carolina de Madrid-Dávila Rico (ABS Palamós), Margarita Puncernau Folch (ABS Salt). **Lleida:** Carles Gatiús Tonda, Anna Coll Pallares, Luisa Moreno González y Silvia Prado Muñoz (ABS Eixample), Lidia Sanz Borell (ABS Seros), Immaculada Caubet Bosquet (ABS Vall d'Aran, Vielha). **Tarragona:** Maria Teresa Pérez Vidal y Carmen Campillo Bernues (ABS La Granja), Olga Salvadó Juncosa (ABS Vandellós), Emili Marqués Soler (ABS Tortosa-Oest), Miquel Navarro Robles (ABS Tortosa-Est), Joan Miquel Salsas (ABS Amposta), Maria Ángeles de la Cruz Garcia (ABS Montblanc), Josep Maria Bofarull, Josep Lluís Piñol Moreso y Joan Garcia Lop (ABS Reus-2).

Este trabajo no ha contado con ningún tipo de financiación.

Nuestros objetivos fueron determinar la prevalencia de la ansiedad, así como la de sus variantes y expresiones, en una muestra representativa de adolescentes en centros de Atención Primaria.

Material y métodos: autoadministración del test STAIC a una muestra de 1.150 adolescentes de entre 12 y 15 años de edad atendidos en las consultas de Pediatría de Atención Primaria de Cataluña entre junio de 2002 y mayo de 2003.

Resultados: el 27,0% (IC95%: 24,4-29,6) de los adolescentes presenta ansiedad de cualquier variante, el 10,8% (IC95%: 9,1-12,7) "ansiedad-estado" (A/E) de forma única, y el 16,2% (IC95%: 14,1-18,4) "ansiedad-rasgo" (A/R), única o acompañada de A/E. El género, la edad, el motivo de consulta, el convivir sólo con un progenitor, el lugar de nacimiento y el nivel de estudios de los padres se asociaron de forma estadísticamente significativa con una mayor prevalencia de cualquier variante de ansiedad estudiada.

Conclusiones: la prevalencia de ansiedad entre los adolescentes de Atención Primaria es elevada. Dicha prevalencia aumenta dependiendo de determinados factores como el género, la edad, el motivo de consulta, convivir sólo con un progenitor, el lugar de nacimiento y el nivel de estudios de los padres, los cuales pueden servirnos como signos de alerta en la práctica clínica.

Palabras clave: Adolescentes, Atención Primaria de Salud, Ansiedad, STAIC.

Abstract

Introduction and objectives: the important biological changes that develop during adolescence and the influences of socio-economical factors, which enable the human being to pass from a dependent childhood to an independent adult life, produce anxiety that may appear in its different varieties and forms of expression. Our objectives are to determine the prevalence of anxiety in its different forms in a representative sample of adolescents in primary care centres.

Methods and patient: selfadministration of STAIC test in a sample of 1,150 adolescents 12-16 years of age, who have been visited in primary care centres in Catalonia from June 2002 to May 2003.

Results: the 27% (IC95%: 24,4-29,6) of adolescents present anxiety of both types: 10,8% (IC95%: 9,1-12,7) anxiety as a temporary state and 16,2% (IC95%: 14,1-18,4) anxiety as a steady predisposition or as a mixed form. Sex, age, reason for which they consult, monoparental families, brother's number, place of birth, parents cultural level, all were factors which were associated, in a statistically significant form, with a greater prevalence of both varieties of anxiety.

Conclusions: prevalence of anxiety in adolescents who visit primary care centers is high. There is an increase of cases depending on certain factors, such as sex, age, monoparental families, reasons for which they consult, brother's number, place of birth and parents academic level; the knowledge of them can be useful to us in order to recognise risk factors in clinical practice.

Key words: Adolescents, Primary Care, Anxiety, STAIC.

Introducción

La adolescencia es el proceso que se desarrolla durante la segunda etapa de la vida; en ella se producen importantes

cambios biológicos que trascienden al área psicológica y social, influenciados por factores socioculturales que permiten al individuo trasladarse desde la in-

fancia dependiente a la edad adulta autónoma y productiva¹. En este período de la vida la ansiedad es un hecho que se puede presentar con frecuencia en todas sus variantes y expresiones, provocada por diferentes motivos como cambios psicológicos, sociales, ambientales, etc., produciendo frecuentemente malestar, desasosiego y, en algunos casos, una patología importante^{2,3}.

Dentro del ámbito de los trastornos ansiosos, muchos estudios se han limitado básicamente a caracterizar la ansiedad excesiva o patológica, en la cual existe una preocupación o ansiedad exagerada del adolescente al enfrentarse a la vida en general o a situaciones concretas⁴. Dentro de la ansiedad excesiva o patológica, se distinguen dos tipos de ansiedad: la "ansiedad-estado" (A/E), considerada como un hecho transitorio que genera sentimientos de aprehensión, tensión y preocupación frente a determinadas situaciones o momentos específicos y que suele presentarse con intensidad variable, y la "ansiedad-rasgo" (A/R), considerada como una predisposición estable a la ansiedad, más general e inespecífica, con una percepción amplia de situaciones peligrosas o amenazadoras que afecta a todos los ámbitos de la vida personal.

En nuestro entorno, y más concretamente en el ámbito de la Atención Pri-

maria de Pediatría, se han realizado muy pocos estudios sobre dicha patología, lo que justificó la realización de este proyecto, cuyos objetivos son, por un lado, determinar la prevalencia de ansiedad excesiva o patológica, tanto en forma de A/E como de A/R, en los adolescentes atendidos por cualquier motivo en las consultas de Pediatría de Atención Primaria de Cataluña, y, por otro lado, analizar la asociación entre los dos tipos de ansiedad excesiva o patológica y las diferentes características sociodemográficas de los adolescentes (sexo, edad, lugar de nacimiento y residencia, entorno familiar, tipo de centro educativo, motivo de consulta, padecimiento de patologías agudas o crónicas, nivel educativo y situación laboral de los padres, etc.).

Pacientes y métodos

Se diseñó un estudio observacional de tipo transversal y multicéntrico en el que han participado 51 pediatras miembros de la Societat Catalana de Pediatría (29 de la provincia de Barcelona, 9 de Tarragona, 7 de Girona y 6 de Lleida) que atienden consultas de Pediatría en el ámbito de la Atención Primaria de Cataluña, tanto en áreas básicas de salud reformadas como en consultorios locales no reformados.

La determinación del tamaño de la muestra se realizó aceptando un riesgo α

de 0,05 y una precisión del 2,25% con un contraste bilateral para una proporción estimada de ansiedad excesiva o patológica del 18%, siendo necesaria una muestra de 1.115 adolescentes de entre 12 y 14 años de edad, asumiendo que su población de referencia era de 238.874 en Cataluña (padrón del año 2002, www.idescat.es).

El período de estudio comprendió dos fases: una fase preliminar del 1 de junio al 30 de septiembre de 2002, y una fase definitiva del 1 de enero al 30 de junio de 2003. Se recogió información de los adolescentes que acudieron a las consultas de Pediatría de Atención Primaria por cualquier motivo (revisión programada de salud, vacunación, accidentes u otras patologías). La recogida de información se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, lugar de nacimiento, años de residencia en Cataluña, tipo de escuela, nivel académico, enfermedades crónicas, número de hermanos, familiares que conviven, nivel académico y situación laboral de los familiares que conviven, etcétera) y un test auto-administrado sobre ansiedad: el *State Trait Anxiety Inventory for Children*⁵ (STAIC). Este test, validado en España por Seisdedos y cols, del departamento de I+D de TEA Ediciones, considera como presencia patológica

de ansiedad los valores iguales o superiores al percentil 75 tanto A/E como A/R. El análisis estadístico se realizó mediante la versión 11.0 del programa SPSS para Windows. Se utilizó la prueba de *chi al cuadrado* sobre tablas de contingencia como método para el contraste de hipótesis de independencia entre dos variables categóricas. Cuando el número de casos esperados fue inferior a cinco en más de un 20% de las casillas de la tabla se sustituyó dicha prueba por la prueba exacta de Fisher⁶. Los intervalos de confianza al 95% (IC95%) para las proporciones se calcularon mediante el método exacto⁷.

Resultados

Se reclutó a un total de 1.162 adolescentes de entre 12 y 15 años de edad, de los cuales 12 fueron excluidos en el análisis por apreciarse datos incompletos en el test STAIC.

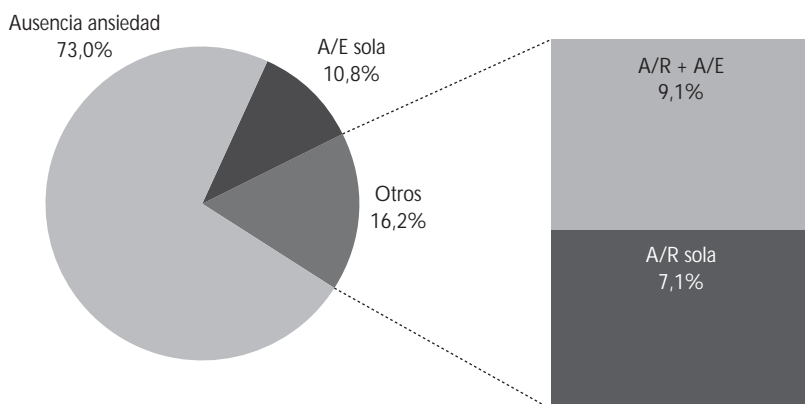
De los 1.150 adolescentes analizados, presentaron algún tipo de ansiedad 310 (27,0%) [IC95%: 23,2-31,1]. En el estudio se distinguen los que presentaron A/E únicamente, 124 (10,8%) [IC95%: 9,1-12,7], de los que presentaron A/R, 186 (16,2%) [IC95%: 14,1-18,4]. En este último grupo, 82 (7,1%) [IC 95%: 5,7-8,7] presentaron A/R sola y 104 (9,1%) [IC95%: 7,4-10,8] presentaron A/R acompañada de A/E (figura 1).

La tabla I muestra los distintos tipos de ansiedad según las características socio-demográficas y los motivos de consulta de los adolescentes estudiados. El 58,7% eran chicas y la media de edad fue de $13,2 \pm 0,9$ años. La mayoría estudiaba en centros públicos (61,6%), había nacido en Cataluña (90,6%), residía en Barcelona (55,4%) y consultaba por una revisión de salud (62,7%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los distintos tipos de ansiedad con el sexo (los chicos presentaron más A/E que las chicas 12,5% versus 9,2% y las chicas presentaron más A/R que los chicos 20,4% versus 11,4%), la edad

(más A/E a los 12 años y más A/R a los 15 años) y el motivo de consulta (más A/E en las consultas por cefalea y más A/R en las consultas por temas relacionados con psiquiatría). El tipo de centro educativo, el lugar de nacimiento y el lugar de residencia no se asociaron de forma significativa con los tipos de ansiedad, aunque cabe resaltar que los adolescentes que acudían a centros educativos privados, los nacidos en el extranjero y los residentes en Tarragona presentaron más A/R que el resto: 19,8%, 25,0% y 18,8%, respectivamente.

La tabla II muestra los distintos tipos de ansiedad según las características del en-

Figura 1. Distribución de los tipos de ansiedad en adolescentes atendidos en Atención Primaria de Cataluña.



A/E: Ansiedad-estado. **A/R:** Ansiedad rasgo.

Tabla I. Tipos de ansiedad según características sociodemográficas y motivos de consulta en adolescentes atendidos en Atención Primaria de Cataluña

	Tipos de ansiedad			Total <i>n</i>	<i>p</i>
	A/E <i>n</i> (%)	A/R* <i>n</i> (%)	No ansiedad <i>n</i> (%)		
Sexo					
Hombre	68 (12,5)	62 (11,4)	413 (76,1)	543	< 0,001
Mujer	56 (9,2)	124 (20,4)	427 (70,3)	607	
Edad					
12 años	41 (12,8)	45 (14,1)	234 (73,1)	320	0,016
13 años	39 (10,5)	57 (15,4)	275 (74,1)	371	
14 años	33 (9,2)	55 (15,4)	270 (75,4)	358	
15 años	11 (10,9)	29 (28,7)	61 (60,4)	101	
Tipo de centro educativo					
Público	79 (11,2)	110 (15,5)	519 (73,3)	708	0,767
Concertado	31 (10,0)	50 (16,1)	230 (74,0)	311	
Privado	14 (10,7)	26 (19,8)	91 (69,5)	131	
Lugar de nacimiento					
Cataluña	107 (10,3)	163 (15,6)	772 (74,1)	1.042	0,062
España	5 (15,6)	4 (12,5)	23 (71,9)	32	
Extranjero	12 (15,8)	19 (25,0)	45 (59,2)	76	
Lugar de residencia					
Barcelona	61 (9,6)	105 (16,5)	471 (73,9)	637	0,693
Girona	28 (12,3)	34 (14,9)	166 (72,8)	228	
Lleida	15 (12,0)	17 (13,6)	93 (74,4)	125	
Tarragona	20 (12,5)	30 (18,8)	110 (68,8)	160	
Motivo consulta					
Revisión de salud	66 (9,2)	120 (16,6)	535 (74,2)	721	0,002
Patología infecciosa	32 (12,4)	35 (13,5)	192 (74,1)	259	
Trauma/ortopedia	11 (15,9)	10 (14,5)	48 (69,6)	69	
Patología digestiva	4 (17,4)	6 (26,1)	13 (56,5)	23	
Salud mental	0	7 (63,6)	4 (36,4)	11	
Cefaleas	3 (27,3)	2 (18,2)	6 (54,5)	11	
Patología dermatológica	0	0	9 (100)	9	
Patología ginecológica	0	1 (25,0)	3 (75,0)	4	
Otros problemas de salud	8 (19,0)	5 (11,9)	30 (69,1)	43	

*: Incluye A/R sola más A/R acompañada de A/E
A/E: Ansiedad-estado. A/R: Ansiedad rasgo.

Tabla II. Tipos de ansiedad según características del entorno familiar en adolescentes atendidos en Atención Primaria de Cataluña

	Tipos de ansiedad			Total n	p
	A/E n (%)	A/R* n (%)	No ansiedad n (%)		
Tipo de familia					
Familia tradicional	86 (9,8)	133 (15,1)	661 (75,1)	880	0,036
Familia monoparental	5 (17,9)	8 (28,6)	15 (53,6)	28	
Número hermanos					
1	17 (8,6)	31 (15,7)	149 (75,6)	197	< 0,001
2	78 (11,5)	106 (15,6)	495 (72,9)	679	
3	17 (8,6)	23 (11,6)	158 (79,8)	198	
4 o más	12 (16,4)	25 (34,2)	36 (49,3)	73	
Tipos estudios del padre					
Sin estudios	10 (18,9)	12 (24,5)	30 (56,6)	53	0,022
EGB o FP	83 (10,6)	117 (14,9)	583 (74,5)	783	
Universitarios	13 (7,6)	34 (19,8)	125 (72,7)	172	
Tipos estudios de la madre					
Sin estudios	9 (18,0)	12 (24,0)	29 (58,0)	50	0,031
EGB o FP	84 (10,1)	120 (14,4)	628 (75,5)	832	
Universitarios	19 (11,0)	35 (20,2)	119 (68,8)	173	
Tipos estudios de la pareja					
Sin estudios	0	0	4 (100)	4	0,866
EGB o FP	2 (9,1)	2 (9,1)	18 (81,8)	22	
Universitarios	0	0	2 (100)	2	
Situación laboral del padre					
Asalariado	63 (10,6)	92 (15,4)	441 (74,0)	596	0,415
Capataz/supervisor	2 (3,6)	12 (21,4)	42 (75,0)	56	
Trabajador por cuenta propia	24 (11,6)	27 (13,0)	156 (75,4)	207	
Empresario/gerente	13 (12,9)	19 (18,8)	69 (68,3)	101	
Pensionista	4 (13,3)	7 (23,3)	19 (63,3)	30	
Paro	1 (5,6)	5 (27,8)	12 (66,7)	18	
Situación laboral de la madre					
Asalariado	50 (9,7)	84 (16,2)	384 (74,1)	518	0,257
Capataz/supervisor	0	6 (28,6)	15 (71,4)	21	
Trabajador por cuenta propia	11 (9,9)	19 (17,1)	81 (73,0)	111	
Empresario/gerente	10 (22,2)	6 (13,3)	29 (64,4)	45	
Pensionista	3 (12,5)	4 (16,7)	17 (70,8)	24	
Paro	7 (16,3)	7 (16,3)	29 (67,4)	43	
Ama de casa	32 (10,8)	39 (13,1)	226 (76,1)	297	
Situación laboral de la pareja					
Asalariado	0	1 (5,3)	18 (94,7)	19	0,071
Trabajador por cuenta propia	0	0	2 (100)	2	
Empresario/gerente	1 (50,0)	0	1 (50,0)	2	
Ama de casa	1 (50,0)	0	1 (50,0)	2	

*: Incluye A/R sola más A/R acompañada de A/E

A/E: Ansiedad-estado. A/R: Ansiedad rasgo.

torno familiar de los adolescentes estudiados. La mayoría formaba parte de una familia tradicional (96,9%), eran dos hermanos (59,2%) y tenían estudios de EGB o FP (77,7% y 78,9%, respectivamente) y su padre y su madre trabajaban como asalariados (59,1% y 48,9%, respectivamente). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los distintos tipos de ansiedad con el tipo de familia (más A/E y A/R en las familias monoparentales, el número de hermanos (más A/E y A/R cuando son cuatro o más hermanos), el tipo de estudios del padre y de la madre (más A/E y A/R cuando no habían realizado estudios primarios). La situación laboral del padre y de la madre no se asociaron de forma significativa con los tipos de ansiedad, aunque cabe remarcar que los adolescentes cuyo padre era pensionista o cuya madre era empresaria/gerente presentaban más A/E que el resto (13,3% y 22,2%, respectivamente), y que los adolescentes cuyo padre estaba en el paro o cuya madre era capataz/supervisora presentaban más A/R que el resto (27,8% y 28,6%, respectivamente).

Discusión

Este estudio se ha centrado en el análisis de la presencia de ansiedad patológica, tanto como un hecho puntual y mo-

mentáneo (A/E), como algo inherente en el individuo, y, por tanto, permanente (A/R). Para su evaluación se ha utilizado el STAIC. Este test, dedicado para este subgrupo de población, es de fácil uso y comprensión para los adolescentes, requiere un reducido tiempo para su cumplimentación y está validado en nuestro país⁵. El estudiar separadamente estos dos tipos de ansiedad nos ha permitido valorar mejor la relación existente entre la ansiedad patológica y las características sociodemográficas y familiares de los adolescentes entre 11 y 15 años de edad.

En los trabajos publicados hasta la fecha, existe una amplia variabilidad de ansiedad patológica que va desde el 9,19%⁸ al 48,2%⁹. Esta variabilidad se explicaría en función de los métodos diagnósticos utilizados^{10,11}, de la población en la que se ha hecho el estudio¹²⁻¹⁸, del grupo de edad de los sujetos estudiados (niños o adolescentes), de las patologías analizadas (asma¹⁹, diabetes²⁰, cirugía²¹, cardiopatías²², traumatismos²³, tumores²⁴); de actividades, como atletas²⁵; de los hábitos tóxicos²⁶, como el tabaco²⁷; de diferentes alteraciones clínicas, como los periodos menstruales²⁸, trastornos del sueño²⁹ o abusos sexuales³⁰; del lugar donde se realizó el estudio³¹⁻³² y de los diferentes tipos de expresión de la ansiedad analizados³³, entre

otros. De los 1.150 jóvenes que participaron en el estudio, el 27% presentaba algún tipo de ansiedad excesiva o patológica (A/E sola el 10,8% y A/R sola o acompañada de A/E el 16,2%). Este resultado se situaría en un rango medio dada la alta variabilidad existente en los diferentes tipos de estudios publicados. No obstante, hay que destacar que dicho resultado representa una de las primeras referencias de prevalencia de ansiedad excesiva o patológica en nuestro entorno y dentro del ámbito de la Pediatría de la Atención Primaria de salud.

En nuestro estudio, las chicas presentaban más ansiedad que los chicos al igual que ocurría en el estudio de Taboada y cols⁹. Los adolescentes nacidos fuera de Cataluña (emigrantes) también presentaron más ansiedad, tanto A/E como A/R, que el resto. El estudio de Valiente y cols³³ también señalaba la asociación entre emigrantes y mayor ansiedad, aunque cabe resaltar que esta muestra no era de adolescentes, sino de emigrantes adultos españoles residentes en Alemania y de paquistaníes residentes en nuestro país. El tiempo de estancia y el lugar de residencia no se asociaron con la presencia de más ansiedad. Los motivos de consulta que se asociaron con mayor ansiedad fueron los relacionados con la salud mental y las cefaleas.

Nuestros resultados sobre el entorno familiar coinciden con lo expuesto en el artículo de Oliva³⁴ sobre el contexto familiar y el desarrollo psicológico durante la adolescencia. Así, los jóvenes de familias monoparentales tienden a presentar más ansiedad patológica de cualquier tipo. Aunque los jóvenes que viven con sus padres, hermanos y/o abuelos son los que presentaban menos ansiedad de cualquier tipo que el resto, sería erróneo afirmar que la familia tradicional sea un factor protector de la ansiedad patológica.

Un mayor número de hermanos estaría relacionado con mayor presencia de ansiedad de cualquier tipo que el resto, y no el ser hijo único. La relación entre lugar de la fratría y presencia de ansiedad no presentaba ningún tipo de correlación. Todos estos resultados no han podido ser comparados debido a la ausencia de trabajos previos.

Los hijos de padres con niveles de estudios bajos tendían a presentar más ansiedad de cualquier tipo. Estos resultados coinciden con los de Taboada⁹, que indica que el bajo nivel socioeconómico de los padres puede ser una variable predictora de ansiedad.

Conclusiones

La prevalencia de ansiedad general entre los adolescentes que acudieron a

las consultas de Atención Primaria de Cataluña es del 27%. De forma estadísticamente significativa, esta prevalencia es más alta en chicas, en los que tienen 15 años, los que presentan problemas de salud mental y cefaleas, los que pertenecen a familias monoparentales, los que tienen más de cuatro hermanos y los que tienen padres sin estudios.

Creemos necesario que tanto desde el ámbito de la Atención Primaria como en el de la educación se realicen estudios de este tipo que permitan comparar los resultados desde distintas aproximaciones y desde diferentes muestras representativas. Ello permitiría establecer unos datos epidemiológicos de la preva-

lencia de ansiedad del país por un lado, y por otro ayudaría a los clínicos a mejorar la asistencia diaria y a trabajar también en la prevención y la detección precoz de estos trastornos. Esto podría contribuir a minimizar el sufrimiento de muchos jóvenes que se inician en la etapa de la adolescencia, ya que evitaría la evolución de la sintomatología ansiosa hacia cuadros de mayor gravedad gracias a un mejor enfoque terapéutico desde la asistencia primaria. En los casos en que podría requerirse una intervención más específica por parte de otros profesionales, el conocimiento del trastorno ayudaría a una rápida y más efectiva derivación.

Bibliografía

1. Naranjo J. Diagnóstico situacional y el marco conceptual para la atención integral de adolescentes y jóvenes en el Ecuador. Quito: Hospital Isidro Ayora; 1999.
2. De Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatría infantil. 4 ed. Barcelona: Masson; 1990.
3. Mazet P, Houzet D. Psiquiatría del niño y del adolescente (volumen II). Barcelona: Médica y Técnica; 1981.
4. Jalenques I, Lachal C, Coubert A. Cuadros de ansiedad en el niño. Barcelona: Masson; 1994.
5. Spielberger CD. STAIC. State-Trait Anxiety Inventory for Children. Versión española. Madrid: TEA Ediciones; 2003.
6. Everitt BS. The analysis of contingency tables. Nueva York: Chapman and Hall; 1977.
7. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 2 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1985.
8. Hishinuma ES, Miyamoto RH, Nishimura ST, et al. Prediction of anxiety disorders using the satate-trait anxiety inventory for multiethnic adolescents. *J Anxiety Disord.* 2001;6:511-533.
9. Taboada AM, Ezpeleta L, de la Osa N. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés.* 1998;1:1-16.
10. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety in German adolescents. *J Anxiety Disord.* 2000;3:263-279.

11. Shaffer D, Fischer P, Dulkan MK, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:7.
12. Pillary AL, Edwards SD, Sargent C, et al. Anxiety among university students in South Africa. *Psychol Rep*. 2001;2:1182-1186.
13. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairment adolescents and young adults. *Psychol Med*. 1998;1:109-126.
14. Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH. Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in general population: comorbidity and treatment consequences. *Can J Psychiatry*. 2000;2:166-172.
15. Romano E, Tremblay RE, Vitaro F, et al. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: finding from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;4:451-461.
16. Ashenafi Y, Kebede D, Desta M, et al. Prevalence of mental and behavioral disorders in Ethiopian children. *East Afr Med J*. 2001;6:308-311.
17. Boyd CP, Kostanski M, Gullone E, et al. Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparison with worldwide data. *J Genet Psychol*. 2000;4:479-492.
18. Irastorza Eguskiza J, Rojano Capilla P, Crisostomo Pizarro R, et al. Psychiatric morbidity in young people in rural area of Madrid. *Actas Luso Eso Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1993;16:231-235.
19. Vila G, Nollet-Clemençon C, de Blic J, et al. Prevalence of DSM IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of asmathic children and adolescents. *J Affect Disord*. 2000;3:223-231.
20. Vila G, Nollet-Clemençon C, Vera M, et al. Prevalence of DMS-IV disorders in children and adolescents with asma versus diabetes. *Can J Psychiatry*. 1999;6:562-569
21. Moñiz Mora MV, Vaz Leal FJ, Vázquez Rueda F. Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria. *An Esp Pediatr*. 2000;53:229-233.
22. Toren P, Eldar S, Cendorf D, et al. The prevalence of mitral valve prolapse in children with anxiety disorders. *J Psychiatr Res*. 1999;4:357-361.
23. Vasa RA, Gerring JP, Granados M, et al. Anxiety after severe pediatric closed head injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;2:148-156.
24. Benedito Monleón MC, López Andreu JA, Andreu I, y cols. Secuelas psicológicas en los supervivientes a largo plazo de cáncer. *An Pediatr (Barc)* 2000;6:553-560.
25. Wilson GS, Raglin JS. Optimal and predicted anxiety in 9-12-year-old track and field athletes. *Scand J Med Sci Sport*. 1997;4:253-258.
26. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;34:24-28.
27. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*. 2000;18:2348-2351.
28. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoria disorder in the community. *Psychol Med*. 2002;1:119-132.
29. Nielsen Tai, Laberge L. Development of disturbing dreams during adolescents and their relation to anxiety symptoms. *Sleep*. 2000;6:272-336.
30. Mancini C, Van Ameringen M, Mac Millan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1995;5:309-314.

31. Ruiz España A, García García JJ, Luances Cubells R, y cols. Enfermedades del adolescente en el servicio de urgencias. *An Esp Pediatr.* 2001;3:238-242.

32. Canals J, Domenech E, Carbajo G, et al. Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in Spanish population of 18-years-old. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;4:287-294.

33. Valiente RM, Sandin B, Chorot P, Sandet MA, González de la Rivera JL. Sucesos vitales mayores y estrés: efectos psicopatológicos asociados al cambio por emigración. *Psiquis.* 1996;17:211-230.

34. Oliva A, Parra A. Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz, eds. *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Educación; 2004. p. 96-123.

