

Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5

Anxiety disorders in DSM-5

Miquel Tortella-Feliu

LOS TA: CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES Y CAMBIOS EN RELACIÓN AL DSM-IV

Las modificaciones que aparecen en la quinta edición de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) para la clase diagnóstica de los trastornos de ansiedad (TA), con respecto a su edición previa (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000), pueden condensarse en cinco grandes epígrafes:

1. La inclusión de dos trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”: el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo. Este último diagnóstico, en la práctica, sigue reservado para edades tempranas, mientras que para la ansiedad por separación se reconoce que el trastorno puede darse en la edad adulta y tener su inicio después de los 18 años de edad. Los aspectos centrales de los criterios diagnósticos siguen siendo los mismos aunque, para el TA por separación, se ha adaptado su redacción para las presentaciones en la edad adulta y no únicamente en niños y adolescentes.

2. Aunque sigue reconociéndose su estrecha relación con los TA, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos por estrés postraumático y de estrés agudo han dejado de pertenecer a esta cla-

se diagnóstica para ubicarse, el primero, en una sección de la cual se erige en la alteración central (“Trastornos obsesivo-compulsivo y relacionados”) y los últimos en el capítulo de “Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos”.

3. Centrándonos en los que se mantienen dentro de los TA las modificaciones más relevantes son:

3.a. Las crisis de angustia, para las que se mantienen sus descriptores sin cambio alguno, se consideran una especificación potencialmente aplicable a cualquier TA y a muchos otros trastornos psicopatológicos. En cuanto a los tipos de crisis de angustia, se han limitado dos tipos: crisis esperadas e inesperadas, en sustitución de las tres categorías contempladas en el DSM-IV (situacionales, predispuestas situacionalmente y no situacionales/inesperadas).

3.b. El Trastorno de Angustia y la Agorafobia se erigen en diagnósticos independientes sin ligazón alguna, a diferencia de lo que contemplaba el DSM-IV, donde sus posibles relaciones podían dar lugar a tres diagnósticos diferentes (Trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia). En caso de coexistencia de ambos cuadros clínicos, el Trastorno de angustia y la Agorafobia deberán codificarse en dos diagnósticos separados. Los criterios diagnósticos para la Agorafobia son traslación prácticamente directa de los descriptores del DSM-IV, aunque ahora se incluye la necesidad, para facilitar el diagnóstico diferencial con algunos subtipos de fobia específica, de que el miedo-ansiedad-evitación se manifiesten en dos o más de entre cinco situaciones prototípicas agorafóbicas.

3.c. Tanto para el diagnóstico de Agorafobia como para los de Fobia específica y Trastorno de

Doctor en Psicología, Psicólogo Clínico. Universitat de les Illes Balears.
Institut d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS).

Correspondencia: Dr. D. Miquel Tortella-Feliu
Edifici IUNICS. Universitat de les Illes Balears.
Carretera de Valldemossa km. 7,5
70122 Palma (Mallorca)
Correo electrónico: miquel@ndpc.cat

Ansiedad Social (denominada Fobia social, en la versión precedente del Manual), se han producido tres modificaciones relevantes en cuanto a sus criterios diagnósticos: se elimina la necesidad de que las personas mayores de 18 años reconozcan que su miedo-ansiedad sea excesivo o irracional, se incluye que sea el clínico quien determine si esa ansiedad es desproporcionada respecto al peligro o amenaza real de la situación –teniendo en cuenta factores culturales y contextuales– y, por último, se añade el criterio temporal de que dichas alteraciones deben tener una duración mínima de 6 meses, aspecto que en el DSM-IV-TR se circunscribía a las fobias específicas en menores de 18 años.

3.d. Por lo que respecta al Trastorno de Ansiedad Social, además de lo indicado en el epígrafe anterior, se ha eliminado la especificación “generalizada”, que ha sido reemplazada por la de “rela-

cionado solo con la ejecución”, que deberá indicarse cuando el miedo fóbico se limite a hablar o actuar en público.

4. Los capítulos dedicados a cada uno de los TA específicos, además de detallar sus características clínicas y los criterios diagnósticos (que se resumen muy sucintamente en la tabla 1), incluyen información, como se ha hecho para todos los trastornos que contempla el DSM-5, sobre los factores de riesgo y relacionados con el pronóstico (temperamentales, ambientales y genético-fisiológicos) y sobre el curso y evolución –incorporando observaciones más detalladas sobre las diferencias que pueden encontrarse en sus manifestaciones según el momento del ciclo vital en que aparezca– que expanden notablemente la información sobre esas cuestiones respecto a lo que se venía haciendo en versiones previas del Manual.

Tabla 1
Presentación resumida de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico (*)
TA por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).	Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e	Especificaciones en función del tipo de

	<p>invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.</p>	<p>estímulo fóbico: Animal, Entorno natural, Sangre-heridas-inyecciones, Situacional, Otras.</p> <p>El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.</p>
TA Social	<p>Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.</p>	<p>Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público).</p> <p>El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.</p>
Trastorno de Angustia	<p>Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.</p>	
Agorafobia	<p>Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.</p>	<p>El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.</p>

TA generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.
TA inducido pro sustancias / medicación	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.	No se dan exclusivamente durante <i>delirium</i> .
TA debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.	No se dan exclusivamente durante delirium.
Otros TA especificados	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.
TA no especificado	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).	

Nota. TA = trastorno de ansiedad.

(*) En esta columna se omiten los criterios que tienen que ver con: (a) no se explica mejor por otro trastorno psicopatológico u otras patologías médicas – ingesta de sustancias y (b) causan malestar psicológico significativo y/o deterioro en el funcionamiento social, laboral/escolar o en otras áreas.

5. Como sucede también para otros trastornos psicopatológicos, el DSM-5 ha incorporado (véase la sección III del Manual) una serie de instrumentos de evaluación para la cuantificación de las manifestaciones clínicas. Aparecen con el nombre de “medidas emergentes” y se advierte que todavía deben ser objeto de más investigación para valorar su adecuación clínica. Se han incorporado con el objetivo, por una parte, de que la cuantificación por escalas ayude en la toma de decisiones diagnósticas y reduzca el peso del juicio clínico más subjetivo y, por otra parte, de avanzar hacia concepciones más dimensionales, o al menos no exclusivamente categoriales, de las entidades psicopatológicas. Por lo que respecta a los TA, se han incluido tres tipos de escalas/inventarios de cuantificación:

(a) Una medida de manifestaciones de ansiedad en general, la PROMIS Malestar Emocional – Ansiedad, en forma de cuestionario de 7 ítems para los adultos y de 13 ítems en su versión niños y jóvenes entre 11 y 17 años, y como escala de cuantificación por parte de los padres de menores con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años.

(b) Diferentes medidas breves de severidad para la gran mayoría de los TA específicos en dos versiones: una para adultos y otra para niños y adolescentes entre los 11 y los 17 años.

(c) Una medida global de discapacidad, no específica para los TA, sino de aplicación general a cualquier persona de la que se sospeche algún tipo de afectación funcional por la razón que sea, que valora el funcionamiento del paciente en diferentes áreas de su vida a través de 38 ítems: la WHO-DAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0). Cuenta con una versión de autoinforme y otra de valoración por parte de una persona cercana al paciente.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LAS IMPLICACIONES Y ADECUACIÓN DE LOS CAMBIOS

En los documentos de trabajo para sentar las bases de la elaboración del DSM-5 (Kupfer, First y Regier, 2002) y en las conferencias sectoriales del DSM-V Prelude Project (Andrews, Chamey, Sirovatka y Regier, 2009), se planteaba que la nueva

versión del Manual debía ir más allá del marco general de referencia del DSM-IV (una nosología fundamentalmente fenomenológica y categorial). En este sentido destacaban cuatro grandes pilares sobre los que asentar ese cambio: (a) ir avanzando, pese a reconocer que se estaba todavía lejos de poder hacerlo, hacia una clasificación diagnóstica basada en criterios etiológicos y patofisiológicos; (b) tender hacia una concepción más dimensional del sistema clasificatorio; (c) prestar atención a la psicopatología a lo largo del ciclo vital; y (d) que tratara de forma separada, aunque coordinada, lo que es propiamente un trastorno psicopatológico de la discapacidad – interferencia que pueda generar.

Respecto al primer punto, el planteamiento coincidía en gran medida con el proyecto Research Domain Criteria (RDoC) del Instituto Nacional de los EUA para la Salud Mental (e.g. Cuthbert e Insel, 2013; Insel *et al.*, 2010; NIMH, 2011). Esta iniciativa pretende generar un nuevo marco para promover la investigación sobre la patofisiología, especialmente en genómica y neurociencia, que vaya poniendo las bases de lo que debería ser el nuevo esquema de clasificación de los trastornos mentales, entendidos como disfunciones en los circuitos neurales implicados en diferentes dominios de la cognición, la emoción y el comportamiento. Una de las conferencias sectoriales para discutir cómo se plasmarían los TA en el DSM-5 llevaba por nombre “Trastornos inducidos por estrés y del circuito del miedo” (Andrews *et al.*, 2009), exponente bien claro de esa voluntad de clasificación con base etiológica y patofisiológica. En cierta medida, la segregación del trastorno obsesivo-compulsivo y de los trastornos de estrés agudo y estrés postraumático a otras clases diagnósticas, responden parcialmente a ese planteamiento etiológico – fisiopatológico (mucho más claro para el trastorno obsesivo-compulsivo que para el estrés agudo y postraumático). Pero, ciertamente, se han quedado algo cortos vistas las expectativas iniciales. Entre otras cosas debido a que las evidencias disponibles no permiten, por el momento, avanzar más. Aun así, podría hacer más las palabras de Insel y Liberman (2013) o de Caplan (2013), por lo que respecta al menos a los TA, que sostienen que el DSM sigue siendo el mejor estándar consensuado para el diagnóstico de los trastornos mentales, atendiendo a los conocimientos dis-

ponibles a día de hoy, erigiéndose en una herramienta suficientemente útil para la práctica clínica. Junto a ello, para avanzar en la investigación que ha de facilitar, entre otras cosas, la génesis de un nuevo sistema clasificatorio de base fisiopatológica, iniciativas como la RDoC deben entenderse como complementarias al DSM-5 y no como enfrentadas. En el caso de los TA, parece estar bastante claro que el marco de investigación que promueve el RDoC resulta de utilidad para el análisis de las disfunciones responsables de la sintomatología ansiosa (Craske, 2012) y de los dominios cognitivo-emocionales específicos que se encuentran más claramente afectados, como son los de las respuestas de miedo (Lissek, 2012; McTeague & Lang, 2012) o los procesos atencionales (Shechner *et al.*, 2012). En buena medida, estos planteamientos son coincidentes con los modelos teóricos transdiagnósticos de David H. Barlow (Barlow, 2002; Barlow, Allen y Choate, 2004) y de Michelle G. Craske (Craske, 2003; Craske *et al.*, 2009) que, a partir del reconocimiento de factores de vulnerabilidad compartidos por los diferentes TA –y su asociación a disfunciones de los circuitos neurales que parecen estar alterados en los pacientes ansiosos–, tratan de dar cuenta, entre otras cosas, de las comunalidades observadas entre esos trastornos y su elevada comorbilidad. El DSM-5 ha dado algún paso tímido en ese sentido; por ejemplo, recogiendo la existencia de factores de riesgo compartidos –temperamentales, ambientales y genéticos– para todos los TA, pero poco más.

En cuanto a la concepción dimensional, se ha avanzado algo al incluir escalas de cuantificación sintomatológica, con datos iniciales que parecen avalar su utilidad clínica (Knappe *et al.*, 2013). El hecho de explicitar que las crisis de angustia deben considerarse como una posible especificación, para un gran número de trastornos psicopatológicos, puede verse también como un pequeño avance en esa línea (Batelaan *et al.*, 2012). Por contra, no se han tenido en cuenta otras propuestas en esa dirección, como las que abogaban por la consideración de la ansiedad generalizada como una dimensión transdiagnóstica en lugar de limitarla a una entidad diagnóstica concreta (Marcus, Sawaqdeh y Kwon, 2013).

Se ha producido un avance notable, y positi-

vo, en la adopción de una perspectiva evolutiva para los TA, que se ejemplifica en la incorporación del mutismo selectivo y el TA por separación a esa clase diagnóstica, en el hecho de contemplar abiertamente que este último diagnóstico es aplicable a la edad adulta, aunque falten estudios sobre las trayectorias de esa alteración (Bögels, Knappe, & Clark, 2013), o en que se describan con mayor detalle las especificidades de los TA en función del momento del ciclo vital en que se manifiestan (e.g. Bryant *et al.*, 2013; Mohr y Schneider, 2012).

En relación con la voluntad inicial de los redactores del DSM-5 de deslindar lo que es propiamente una entidad clínica de la interferencia que esta pueda generar, es bastante obvio que de momento no se ha sido capaz, en tanto que el criterio de deterioro funcional siempre aparece entre los que deben ser tenidos en cuenta necesariamente para proceder al diagnóstico de cualquier TA. Y por ahí pueden entenderse algunas críticas especialmente furibundas hacia el DSM-5 (Frances & Widiger, 2012; Frances, 2012; Frances, 2013), que le achacan una sobremedicalización de los problemas humanos.

En cualquier caso, al menos en lo referente a los TA, compartiría las apreciaciones del profesor Allan Caplan (2013) sobre el DSM-5: ciertamente tiene flaquezas, no ha avanzado lo suficiente en la concepción dimensional y no se ha atrevido a dar pasos decididos hacia planteamientos que se aproximen a la clasificación en términos etiológicos y patofisiológicos. Pero es una herramienta útil en algunos de los aspectos claves que debe cumplir una taxonomía. Y las clasificaciones, no lo olvidemos, deben ser un objetivo irrenunciable de cualquier disciplina científica (Blashfield & Draguns, 1976). ¿Acaso la competencia puede ofrecer algo mejor?

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition – Revised. Washington DC: Author.
2. **American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Washington DC: Author.

3. **Andrews, G.J., Charney, D.S., Sirovatka, M.S. y Regier, D.A.** (Eds.). (2009). *Stress-induced and fear circuitry disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. **Barlow, D.H.** (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (Second Edition). Nueva York: Guilford.
5. **Barlow, D.H., Allen, L.B. y Choate, M.L.** (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35: 205-230.
6. **Batelaan, N.M., Rhebergen, D., De Graaf, R., Spijker, J., Beekman, A.T.F. y Penninx, B.W.J.H.** (2012). Panic attacks as a dimension of psychopathology: Evidence for associations with onset and course of mental disorders and level of functioning. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73: 1195-1202.
7. **Blashfield, R.K. y Draguns, J.G.** (1976). Toward a taxonomy of psychopathology: The purpose of psychiatric classification. *British Journal of Psychiatry*, 129: 574-583.
8. **Bögels, S.M., Knappe, S. y Clark, L.A.** (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 33: 663-674.
9. **Bryant, C., Mohlman, J., Gum, A., Stanley, M., Beekman, A.T.F., Wetherell, J.L. y Lenze, E.J.** (2013). Anxiety disorders in older adults: Looking to DSM5 and beyond. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21: 872-876.
10. **Caplan, A.** (2013, 21 de Mayo). Viewpoint: Stop critiquing the DSM 5. *Time Ideas*. Obtenido el 14 de febrero de 2014 en <http://ideas.time.com/2013/05/21/viewpoint-stop-critiquing-the-dsm-5/>
11. **Craske, M.G.** (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?*. Amsterdam: Elsevier.
12. **Craske, M.G.** (2012). The R-doc initiative: Science and practice. *Depression and Anxiety*, 29: 253-256. doi:10.1002/da.21930
13. **Craske, M.G., Rauch, S.L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D.S., & Zinbarg, R.E.** (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26: 1066-1085. doi:10.1002/da.20633.
14. **Cuthbert, B.N. y Insel, T.R.** (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126.
15. **Frances, A.J.** (2012, 2 de diciembre). DSM 5 is a guide not bible - ignore its ten worst changes: APA approval of DSM-5 is a sad day for psychiatry. *Psychology Today*. Obtenido el 14 de febrero de 2014 en <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>.
16. **Frances, A.J.** (2013, 3 de enero). Last plea to DSM 5: Save grief from the drug companies. *Psychology Today*. Obtenido el 14 de febrero de 2014 en <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201301/last-plea-dsm-5-save-grief-the-drug-companies>.
17. **Frances, A.J. y Widiger, T.** (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8: 109-130. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102.
18. **Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., y Wang, P.** (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167: 748-751.
19. **Insel, T.R. y Liberman, J.A.** (2013, 13 de mayo). DSM-5 and RDoC: Shared interests (press release). Obtenido el 14 de febrero de 2014 en <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml>.
20. **Knappe, S., Klotsche, J., Strobel, A., LeBeau, R.T., Craske, M.G., Wittchen, H. y Beesdo-Baum, K.** (2013). Dimensional anxiety scales for DSM-5: Sensitivity to clinical severity. *European Psychiatry*, 28: 448-456.
21. **Kupfer, D.J., First, M.B. y Regier, D.A.** (Eds.). (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, CD: American Psychiatric Association.
22. **Lissek, S.** (2012). Toward an account of clinical anxiety predicated on basic, neurally mapped mechanisms of pavlovian fear-learning: The case for conditioned overgeneralization. *Depression and Anxiety*, 29: 257-263.
23. **Marcus, D.K., Sawaqdeh, A. y Kwon, P.** (2013). The latent structure of generalized anxiety disorder in midlife adults. *Psychiatry Research*. Publicación adelantada en línea. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.011.
24. **McTeague, L.M. y Lang, P.J.** (2012). The anxiety spectrum and the reflex physiology of defense: From circumscribed fear to broad distress. *Depression and Anxiety*, 29: 264-281. doi:10.1002/da.21891.
25. **Mohr, C. y Schneider, S.** (2013). Anxiety disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22 (Suppl 1), S17-S22. doi:10.1007/s00787-012-0356-8.
26. **NIMH, National Institute of Mental Health** (2011). *NIMH research domain criteria (RDoC). Draft 3.1: June, 2011*. Obtenido el 14 de febrero

de 2014 en <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>.

27. **Shechner, T., Britton, J.C., Pérez-Edgar, K.,**

Bar-Haim, Y., Ernst, M., Fox, N. A. y Pine, D.S. (2012). Attention biases, anxiety, and development: Toward or away from threats or rewards? *Depression and Anxiety*, 29: 282-294. doi:10.1002/da.20914.