



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Trastornos de ansiedad y somatizaciones en población
infantojuvenil**

Autor/a: Victoria Martín Botet
Director/a: Rocío Caballero Campillo

Madrid
2021/2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD Y TIPOS DE TRASTORNOS	6
2.1.1 <i>Delimitación conceptual del término ansiedad</i>	6
2.1.2 <i>Tipos de trastornos de ansiedad según el DSM 5</i>	9
2.2 COMORBILIDAD CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	10
2.3 SOMATIZACIONES	11
2.3.1 <i>Conceptualización</i>	11
2.3.2 <i>Consecuencias bio-psico-sociales</i>	13
2.3.3 <i>Manifestaciones somáticas más frecuentes</i>	15
2.4 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES	16
2.4.1 <i>Factores biológicos</i>	17
2.4.2 <i>Factores psicológicos</i>	18
2.4.3 <i>Factores sociales</i>	19
2.5 MODELOS EXPLICATIVOS	20
2.5.1 <i>Teoría del apego</i>	20
2.5.2 <i>Variables familiares</i>	22
2.5.3 <i>Temperamento</i>	23
3. DISCUSIÓN	24
4. CONCLUSIÓN	27
6. REFERENCIAS	28
7. ANEXOS	33

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) la salud mental es el estado de bienestar que posibilita a los individuos hacer frente a las tensiones del día a día, desarrollar sus habilidades, trabajar productivamente y aportar de manera significativa a la comunidad. Pese a la importancia que posee en la promoción del bienestar en individuos, sociedades y países, continuamente se ha visto relegada a un segundo plano y ha carecido de cualquier tipo de interés (Pupo-González y cols., 2018). En contrapunto, los trastornos mentales suponen una carga económica y social por su prevalencia y comorbilidad, así como por la discapacidad que a veces ocasionan (Navas y Vargas, 2012). En esta línea, y a pesar de las implicaciones de estos trastornos en la infancia, la petición de ayuda psicológica se produce de forma tardía, cuando los síntomas han ganado en severidad, llegando a causar disfunciones en la vida del niño (Tayeh y cols., 2016). No atajar debidamente las enfermedades de la salud mental de los jóvenes, conlleva consecuencias a largo plazo que se extienden hasta la edad adulta limitando vivir una vida plena y afectando tanto a la salud física como a la psicológica de los individuos (Herskovic y Matamala, 2020).

En los últimos años ha acontecido un aumento progresivo de los trastornos psicológicos en la infancia, lo que ha llevado a una creciente investigación en el área, al considerarse un momento evolutivo crucial por su mayor plasticidad y sucesión de cambios evolutivos (Navarro-Pardo y cols., 2012). Es sabido que la infancia conforma un periodo crítico para el desarrollo de las personas, al ser el momento donde se asientan los pilares que determinarán la salud mental y bienestar futuros, siendo las consecuencias de padecer trastornos mentales en esta etapa extensibles hasta la edad adulta, donde el 50% de dichos trastornos encuentran su origen en las primeras etapas vitales (Fariña y cols., 2017). Actualmente y debido a los motivos mencionados, los trastornos mentales en niños y adolescentes son concebidos como el desafío de nuestro siglo, encontrando una afección mundial entorno a un 15 y un 30% de personas aquejadas de este tipo de problemáticas, solo viéndose correctamente diagnosticados y tratados una quinta parte de todos ellos (Pupo-González y cols., 2018). En cuanto al grupo de edad conformado por la población infantojuvenil, los adolescentes presentan trastornos emocionales con frecuencia, siendo más repetidos en el grupo de adolescentes mayores cuyas edades oscilan entre 15-19 años (OMS, 2021). La presentación de trastornos mentales en los adolescentes acarrea un aumento en las posibilidades de sufrir exclusión social, discriminación, estigmatización,

dificultades académicas, predisposición a conductas de riesgo y afectación de la salud, lo que determinará su correcto desarrollo y adaptación (Navarro-Pardo y cols., 2012). Si bien queda constatada la importancia de cuidar estas etapas del desarrollo, la salud mental infantojuvenil continúa siendo descuidada (Fariña y cols., 2017). Desempeñar una adecuada labor de protección, promover aprendizajes socioemocionales y velar por una adecuada atención en salud mental en caso de tornarse necesario, son factores esenciales para favorecer la salud e impulsar un correcto desarrollo en etapas posteriores (OMS, 2021).

Uno de los mayores retos que plantea el abordaje de la ansiedad es la delimitación del concepto y diferenciación de otros términos relacionados. Puesto que la definición que le otorguemos resultará el punto de partida para encuadrar los motivos diagnósticos pertinentes, conceptualizarla correctamente se presenta como algo imprescindible para garantizar un trabajo adecuado. En líneas generales, la ansiedad es considerada una emoción subjetiva evocadora de una reacción psicofisiológica que provoca la activación del sistema nervioso central y del organismo en general, generando cambios corporales que nos preparan para la acción (Forcadell y cols., 2019). Si bien es importante tener en cuenta que se trata de una emoción normal en el ser humano, en ocasiones, esto puede volverse patológico conformando los denominados trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad aparejan ansiedad o preocupación excesiva y conllevan un malestar intenso, afectando al correcto funcionamiento de las personas que los padecen (Tayeh y cols., 2016). Generalmente, podemos asemejar el funcionamiento de estos trastornos a un círculo vicioso, ya que, poseen una tendencia a la repetición y mantenimiento, incluso pudiendo llegar a cronificarse en caso de no ser tratados adecuadamente (Forcadell y cols., 2019; Herskoviv y Matamala, 2020).

Según la literatura, entre el 2,8 y 32% de la población infantojuvenil padece un trastorno de ansiedad, ahora bien, la explicación de encontrar un rango de presentación tan amplio puede explicarse prestando atención a tres elementos: la definición manejada en cuanto a la consideración de trastorno, las edades de los sujetos estudiados y el método utilizada para la investigación condicionará una mayor o menor prevalencia (Tayeh y cols., 2017). No obstante, según numerosos estudios los problemas de ansiedad se encuadran como los más frecuentes en población infantojuvenil (Fernández y Villamarín, 2021). Por otro lado, haciendo referencia al género existe documentación en torno a la existencia de un mayor número de chicas que presentan sintomatología internalizante, siendo los varones predominantes en la externalizante, explicando esta distinción el

mayor porcentaje de niñas que padecen trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, sobre todo a partir de la etapa adolescente (Fernández y Villamarín, 2021; Navarro-Pardo y cols., 2012).

De igual importancia es la delimitación del concepto de somatización, siendo un fenómeno controvertido que acumula multitud de conceptualizaciones en el transcurso de los años. Sin embargo, podemos identificar un elemento convergente en las múltiples definiciones aportadas: experimentación de síntomas físicos sin correlación con una patología conocida (Serra y cols., 2013). A pesar de que se trata de una problemática pediátrica bastante repetida, la somatización en niños y adolescentes ha recibido poca atención por parte de la literatura en comparación con la de los adultos (Sánchez, 2020). El artículo de Thomson y cols., (2014) llega a encontrar un 50% de prevalencia de síntomas sin explicación médica en las visitas de atención primaria pediátrica, lo que coincide con los datos encontrados por Sánchez (2020). Este autor señala que los síntomas somáticos en edad escolar y adolescente llegan a alcanzar un porcentaje del 50% en presencia de síntomas aislados, siendo el porcentaje entre 2 y 5% para casos donde los síntomas aparecen de forma recurrente y molesta en el mismo rango de edad mencionado, a estos pacientes se les denominará “hiperfrecuentadores” por los recursos materiales, económicos y de tiempo que consumen debido a su asidua asistencia a los servicios de salud.

Por otro lado, se plantea que en torno a un 25-50% de niños cuyos malestares físicos pueden relacionarse con factores psicológicos, presentan síntomas psicósomáticos (Sánchez, 2020). Como síntomas más frecuentes recogidos en numerosos estudios podemos destacar los dolores abdominales, musculares, articulares y cefaleas (Herskovic y Matamala, 2020).

En definitiva, como objetivo general del presente trabajo, se busca revisar la literatura existente y poner el foco en los trastornos de ansiedad y somatizaciones en población infantojuvenil y conceptualizarlos, así como establecer las posibles relaciones existentes con los diferentes vínculos de apego, variables familiares y el temperamento. Actualmente, los trastornos de ansiedad y las somatizaciones son un tema de especial interés pediátrico, este motivo sumado a la menor atención literaria que se le ha prestado a su presencia en población infantojuvenil, justifica otro objetivo de este trabajo, dirigido a acotar los factores de riesgo más relevantes en este segmento social en cuanto al desarrollo de mencionadas patologías.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de ansiedad y tipos de trastornos

2.1.1 Delimitación conceptual del término ansiedad

El estudio del concepto de ansiedad ha sido una de las tareas más recurrentes en el campo de la salud mental, llegando a considerarse como un término multívoco (Sarudiansky, 2013). Por este motivo, resulta imprescindible realizar una primera diferenciación de otros términos que son comúnmente confundidos con este concepto, tales como angustia, miedo y estrés.

Revisiones sistemáticas del concepto de ansiedad (de Díaz y De la Iglesia, 2019), asemejan los términos ansiedad y angustia, al compartir ambos raíz epistemológica derivando del vocablo alemán introducido por Freud en 1984 “angst”. La ambigüedad en el significado ha conllevado que se emplearan de manera indistinta a lo largo de la historia, siendo arrastrado hasta la actualidad (Sarudiansky, 2013). Si bien el inglés y el alemán reducen la traducción a un único término, anxiety y angst respectivamente; en el paso al francés y español, fueron utilizados dos términos para diferenciar entre los aspectos fisiológicos y psicológicos, utilizando para ello ansiedad y angustia respectivamente (de Díaz y De la Iglesia, 2019). De esta forma, ha existido cierta confusión en el uso de ambos conceptos, siendo en ocasiones empleados como sinónimos, y en otros casos, utilizados como palabras de distinto significado (Sierra y cols., 2003). No obstante, en la actualidad ansiedad y angustia son considerados sinónimos y usados de manera indistinta, por ser concebidos como estados psicológicos displacenteros que suelen aparecer en compañía de respuestas fisiológicas como respuesta anticipada a un peligro no definido (de Díaz y De la Iglesia, 2019; Sierra y cols., 2003).

Por otro lado, con respecto a la discriminación entre miedo y ansiedad, podemos entender el miedo como una alarma primitiva que responde a un peligro real o percibido preparando para la acción, intentando de esta forma conservar la seguridad física o psíquica, tratándose así de un estado neurofisiológico automático (Dueñas, 2019). Además, el mecanismo del miedo es entendido como un circuito defensivo que ha existido generación tras generación, permitiendo poner en marcha los mecanismos de huida, paralización o lucha ante estímulos amenazantes, con el objetivo de garantizar la supervivencia (Sarudiansky, 2013). De manera clásica, se han utilizado tres criterios como forma de distinción entre miedo y ansiedad (de Díaz y De la Iglesia, 2019): el

primero hacía referencia a la presentación de un estímulo patente, en caso de existir un objeto real lo relacionaríamos con el miedo, y a la ansiedad con la anticipación de un peligro que aún no ha ocurrido. Seguidamente, relacionamos las respuestas de lucha o huida con el miedo, siendo la paralización comúnmente ligada a la ansiedad. En tercer lugar, debemos atender a la correspondencia existente entre el estímulo y la respuesta elicitada, entendiendo el miedo como precursor de una reacción proporcionada, y la ansiedad de una desproporcionada. No obstante, este intento de clasificación terminó por no ser suficiente, considerando necesario aludir a otros elementos que permitirían una diferenciación más fácil y efectiva (de Díaz y De la Iglesia, 2019).

En líneas generales, si bien ambos mecanismos parecen compartir sus manifestaciones en cuanto al pensamiento de peligro y las respuestas fisiológicas y motoras que suscitan, es repetida la asociación entre la anticipación de la amenaza y la ansiedad (Sierra y cols., 2003). Podríamos considerar la ansiedad como una estructura patológica de miedo que se encuentra orientada hacia eventos futuros que se predicen como aversivos y de los que se percibe falta de control y previsibilidad (Tayeh y cols., 2016). Cabe destacar que, el repetido carácter anticipatorio de la ansiedad otorga la capacidad de prever un posible peligro y, por tanto, podría funcionar como mecanismo de protección (Sierra y cols., 2003). Tanto el miedo como la ansiedad pueden aparecer de manera normal en momentos puntuales del desarrollo, por ejemplo, durante la infancia resulta esperable la experimentación de cierta ansiedad ante la presencia de extraños y la separación de la figura de apego y en la adolescencia es común que aparezca miedo ante determinadas situaciones sociales y ansiedad con respecto a las competencias personales (Tayeh y cols., 2016). Sin embargo, resulta imprescindible atender a los parámetros clásicos de intensidad, frecuencia y duración y a los estímulos elicidores de la respuesta ansiosa para categorizar las manifestaciones como normales o patológicas (Navas y Vargas, 2012).

Otro de los puntos clave a la hora de definir la ansiedad es la implicación de tres sistemas de respuesta: subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático y motor-conductual (Navas y Vargas, 2012). Siguiendo lo mencionado por los autores, el primero se encuentra haciendo referencia a la experiencia interna y la manera subjetiva de evaluar los estímulos presentes; el segundo se relaciona con la parte fisiológica de la experiencia, viéndose implicada la activación del sistema nervioso autónomo; por último, el tercer eje versa sobre la respuesta evocada, pudiendo ser de escape o evitación. En concreto, el sistema fisiológico-somático resulta especialmente interesante, ya que, algunos autores

encuentran relación entre síntomas de ansiedad, somatizaciones y síntomas emocionales (Pérez y cols., 2021). Generalmente, los trastornos de ansiedad aparecerán en las edades tempranas en forma de preocupación por el futuro, por el rendimiento escolar o por presentar una buena imagen ante el resto, entre otros, así como a través de síntomas físicos como la excesiva sudoración, problemas de sueño y dolores gastrointestinales o cefaleas (Jenkins y Smart, 2020).

Por esto, debemos atender al estudio de la ansiedad, ya que, niveles altos de ansiedad en los niños correlacionan con una mayor frecuencia de aparición de síntomas somáticos (Fernández y Villamarín, 2021).

Una vez delimitado el concepto de ansiedad de otros términos entremezclados, cabe hacer hincapié en la diferencia existente entre ansiedad estado y ansiedad rasgo, cuya medición suele realizarse mediante la utilización del cuestionario STAI (Spielberger y cols., 1982). Entendemos la ansiedad estado como una fase emocional pasajera que experimenta variaciones en el tiempo y provoca sentimientos de tensión; por otro lado, la ansiedad rasgo se trata de una predisposición más estable, donde existirá una tendencia individual a responder de forma ansiosa ante situaciones percibidas como amenazantes (Spielberger y cols., 1982). Ambos conceptos se encuentran estrechamente relacionados al ser esperable que los sujetos con una mayor ansiedad rasgo, presenten de manera paralela una ansiedad estado también mayor, debido a la existencia de una tendencia estable a responder de manera ansiosa (Sierra y cols., 2003; Spielberger y cols., 1982). En este punto es pertinente realizar una diferenciación básica entre la ansiedad fisiológica y la patológica: La ansiedad fisiológica conlleva una respuesta de intensidad adaptada al estímulo evocador y permite la activación frente amenazas diarias; por otro lado, la patológica implica una respuesta desadaptativa y desproporcionada a la demanda, empeorando el rendimiento del individuo, llegando en ocasiones a bloquear la capacidad de respuesta (Navas y Vargas, 2012).

Se encuentran más dificultades a la hora de la diferenciación con el concepto estrés, por ser dos vocablos que coloquialmente se utilizan de manera indistinta (De Díaz y De la Iglesia, 2019). El estrés, está presente en la vida de cualquier individuo en mayor o menor medida y su vivencia estará condicionada por características personales que lo convertirán en algo estimulante o incapacitante (Sarudiansky, 2013; Sierra y cols., 2003). Según Díaz y De la Iglesia (2019), el estrés sería la respuesta originada por la percepción de incapacidad ante las exigencias del ambiente y la ansiedad el resultado de la experimentación a nivel cognitivo de una amenaza patente.

Finalmente, multitud de autores coinciden en considerar la ansiedad como parte natural de la existencia del ser humano, si bien en ocasiones puede volverse desproporcionada y demasiado prolongada, tornándose patológica al dejar de resultar adaptativa para la supervivencia (Navas y Vargas, 2012). Los trastornos de ansiedad se sitúan como una de las primeras formas de presentación de psicopatologías en las primeras etapas vitales y tienden a ser considerados de carácter crónico y duradero, aumentando el riesgo de padecer otras afecciones psíquicas en etapas posteriores (Fox y Pine, 2012).

2.1.2 Tipos de trastornos de ansiedad según el DSM 5

La mayoría de los criterios diagnósticos utilizados para la identificación de los diferentes cuadros clínicos son aplicables a todas las edades, con escasas especificaciones en cuanto a la presencia de esta problemática en población infantojuvenil, lo que pese a resultar beneficioso para una pronta identificación de factores de riesgo, puede llevar a sobrediagnosticar al considerar como patológicas ciertas manifestaciones típicas de la propia etapa del desarrollo y la edad (Tayeh y cols., 2016). En la Tabla 1 del apartado de Anexos se encuentran las diferentes tipologías de trastornos de ansiedad contemplados en el DSM-5 (APA, 2013) definidos, así como sus criterios complementarios.

Tras la clasificación expuesta, cabe hacer referencia a la perspectiva transdiagnóstica que pretendería combinar el enfoque categorial y el dimensional y así ofrecer una base para la comprensión, clasificación e integración de las formas de presentación clínica, desde una óptica procesual y dimensional común a conjuntos de trastornos (Sandín y cols., 2012). Los autores mencionan que el enfoque transdiagnóstico resulta especialmente útil con niños y adolescentes, al estar los procesos psicopatológicos más entremezclados y, por tanto, siendo efectivo focalizar el tratamiento en enseñanzas sobre regulación emocional y comportamental, buscando aumentar su flexibilidad y adaptación al medio en el que se insertan los infantes. Desde la perspectiva transdiagnóstica, se ha conceptualizado la regulación emocional como proceso transdiagnóstico debido a su alta relación con multitud de trastornos y, además, podría ser un término clave para entender la alta comorbilidad hallada en los trastornos emocionales (Cummings y cols., 2014). En definitiva, los modelos mencionados han supuesto un gran avance dentro del campo de la psicopatología de los trastornos de ansiedad y en la comprensión de su etiología; no obstante, aún resulta necesario continuar

la investigación, contando con fundamentación empírica más sólida (Priede y cols., 2021).

2.2 Comorbilidad con trastornos psiquiátricos

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes aparecen muy frecuentemente asociados a otras patologías psiquiátricas, por tanto, conocer las comorbilidades más frecuentes será de utilidad para realizar diagnósticos adecuados y ajustados (Tayeh y cols., 2016). Los autores encuentran un 39% de niños y un 14% de adolescentes que cumplen las condiciones diagnósticas para más de un trastorno de ansiedad. Numerosos estudios apuntan a la especial coexistencia de la depresión y ansiedad con los trastornos de somatización, constituyendo uno de los motivos más repetitivos en las consultas pediátricas, siendo tan frecuente dicha asociación que se ha llegado a exponer la necesidad de replantear la nosología existente, con el objetivo de prestar una mayor atención a la evaluación de estos cuadros en los casos donde sean hallados síntomas somáticos (Fernández y Villamarín, 2021; Herskovic y Matamala, 2020; Pérez y cols., 2021; Sierra y cols., 2013). Pese que ambas comorbilidades expuestas son las más repetidas en los estudios de psicopatología infantil, existen otros cuadros clínicos (ver Figura 1) que también aparecen junto a los trastornos de ansiedad en la infancia.

Figura 1. Comorbilidades psiquiátricas de los trastornos de ansiedad en población infantojuvenil



Por último, cabe mencionar la relación existente entre el aumento de la morbilidad en las casuísticas donde existe comorbilidades con otras enfermedades, sean de tipo médico o psiquiátrico, que, junto a una ausencia de diagnóstico y tratamiento ajustado a las necesidades del sujeto, empeoran el pronóstico (Navas y Vargas, 2012). Por todo esto, la identificación de posibles comorbilidades psiquiátricas cobra una relevancia crucial, para ajustar la intervención a las necesidades del sujeto que los padece (Sánchez, 2020). Además, como efectos a largo plazo encontramos que, si la ansiedad no recibe el tratamiento necesario en el momento de su aparición, puede llegar a cronificarse hasta la edad adulta aumentando la posibilidad de aparición de otros cuadros, tales como la depresión, ataques de pánico, agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo (González-Fuentes y Andrade-Palos, 2021; Tayeh y cols., 2016).

2.3 Somatizaciones

2.3.1 Conceptualización

Las somatizaciones las encontramos recogidas dentro de los trastornos somatomorfos en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10). No obstante, y pese a que ediciones anteriores del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR) recogían la categoría de trastorno por somatización, la clasificación actual descrita en el DSM-5, (APA, 2013) lo ha eliminado, debido a la dificultad de descartar por completo la explicación médica ante un síntoma físico (Pascual y Cerecedo, 2015). Como sustitución, ha introducido una nueva categoría llamada síntomas somáticos y trastornos relacionados para englobar diagnósticos donde predominen síntomas somáticos que aparezcan un deterioro psicosocial. El elemento convergente en todos los cuadros recogidos tanto en el CIE-10 como en el DSM-5 es la manifestación de síntomas físicos que no encuentran su explicación en las demandas persistentes de estudios médicos y se vinculan a un malestar psíquico, produciendo un deterioro significativo en la persona. Los diferentes trastornos recogidos en ambas clasificaciones aparecen contemplados en la Tabla 2.

Serra y cols., (2013) describieron de dos maneras las somatizaciones; por un lado, entendiéndolas como resultado de la angustia y/o estrés, y, por tanto, siendo situadas como fenómeno secundario. Por otro lado, el autor también sugirió que pudiera ser considerado como fenómeno primario, presentando la persona que las padece síntomas físicos sin una explicación clínica asociada. Ambas concepciones, comparten el elemento

convergente antes mencionado; una afectación física sin causa orgánica demostrable. A pesar de que las somatizaciones suelen carecer de cualquier tipo de control consciente, en población infantojuvenil este control resulta especialmente complicado por las dificultades en la expresión a través del lenguaje del dolor psicológico, lo que dificulta aún más alcanzar un diagnóstico adecuado (Sánchez, 2020). De forma paralela, podríamos diferenciar tres componentes de la somatización: *experiencial* que estaría compuesto por los síntomas percibidos por el individuo, *cognitivo* constituido por la interpretación realizada a partir de los síntomas (generalmente como una enfermedad amenazante) y *conductual* evidenciado en las visitas persistentes con la finalidad de encontrar un diagnóstico y tratamiento para su casuística (Pascual y Cerecedo, 2015). Por todo esto, no solo resultaría indispensable tener en cuenta la tipología en la que son presentadas las somatizaciones en un individuo concreto, sino valorar los tres planos mencionados para conseguir una comprensión holística del fenómeno y del impacto que produce en el sujeto dicha problemática (Thomson y cols., 2014).

Tabla 2.

Trastornos somatomorfos recogidos en las clasificaciones actuales (CIE-10 y DSM-5)

CIE-10. Trastornos somatomorfos	DSM-5. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de somatización • Trastorno somatomorfo indiferenciado • Trastorno hipocondriaco • Disfunción autonómica somatomorfa • Trastorno de dolor somatomorfo persistente • Otros trastornos somatomorfos 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de síntomas somáticos • Trastorno de ansiedad por enfermedad • Trastorno de conversación (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) • Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas • Trastorno facticio • Otros trastornos de síntomas somáticos especificados y no especificados

Además, cabría diferenciar entre dos formas de presentación diferente, las agudas y las crónicas (Pascual y Cerecedo, 2015). Según los autores, mientras las somatizaciones crónicas derivan de un desajuste previo mayor, en presencia de numerosos síntomas

físicos sin explicación durante un tiempo superior a 6 meses y problemas en la personalidad; las agudas serían resultado de un estrés psicosocial puntual, pero se presentarían en personas con un ajuste anterior adecuado, lo que no elimina la posibilidad de cronificarse en caso de no ser tratados de manera correspondiente. Según Rask y cols., (2018) un inicio insidioso previene de un peor pronóstico respecto a los agudos que tienden a derivar en una mejor evolución.

Generalmente, el inicio de estas enfermedades se encuentra en la infancia o adolescencia, siendo una población especialmente vulnerable al padecimiento de estos cuadros por tender (de manera inconsciente) a utilizar la sintomatología como forma de enfrentar los estresores diarios, ante la incapacidad de utilizar el lenguaje como manera de comunicarlos (Sánchez, 2020). A pesar de que los síntomas somáticos son muy frecuentes en población infantojuvenil, numerosos estudios señalan la sospecha de que se encuentran infradiagnosticados (Thomson y cols., 2014).

Finalmente, pese a la importancia de realizar una correcta identificación para asegurar la efectividad del tratamiento, en múltiples ocasiones los síntomas somáticos son confundidos y tratados como síntomas físicos, debido a la naturaleza de la queja inicial y su aparente origen orgánico (Herskovic y Matamala, 2020). Algunas de las claves que pueden facilitar realizar un diagnóstico diferencial, son las siguientes: los síntomas aparecen en solo un contexto, desaparecen en las temporadas menos estresantes, no existe deterioro orgánico, se fracasa constantemente en la búsqueda de una etiología orgánica, tienen un comienzo súbito, son atípicos y las respuestas al tratamiento convencional no son positivas (Ramos y Vásquez, 2012; Tayeh y cols., 2016). Para poner en práctica un abordaje ajustado a las necesidades del individuo que presenta somatizaciones, resulta imprescindible educar adecuadamente para capacitar al niño de recursos útiles en la interpretación de sus propias sensaciones corporales, de igual manera se debe prevenir las posibles ganancias secundarias asociadas a la sintomatología y, por último, realizar una correcta identificación de posibles comorbilidades con otros trastornos (Herskovic y Matamala, 2020; Sánchez, 2020).

2.3.2 Consecuencias bio-psico-sociales

Actualmente, existe consenso por parte de la comunidad científica sobre la continuidad de los trastornos mentales infantiles en etapas adultas, de la misma forma que sobre las graves consecuencias derivadas de una ausencia de diagnóstico efectivo y una dilatación en el tratamiento, al repercutir en el desarrollo y condicionar las oportunidades

futuras (Pupo-González, 2018). No obstante, debemos tener en cuenta que las repercusiones en la vida del individuo dependerán de la gravedad y naturaleza del problema (Fernández y Villamarín, 2021).

En primer lugar, teniendo en cuenta la alta frecuencia de presentación de quejas somáticas en consultas de pediatría, esto supondrá necesariamente repercusiones en el sistema a causa de los elevados costes sanitarios que apareja, en concreto, debido a las tasas de hospitalización, consultas, inspecciones médicas e intervenciones inútiles llevadas a cabo en estas casuísticas, con la pretensión de encontrar una explicación orgánica a los síntomas presentados (Pérez y cols., 2021). A nivel micro, suele conllevar múltiples consecuencias en el normal funcionamiento del niño, como, por ejemplo, repercutiendo en su asistencia escolar (Herskovic y Matamala, 2020). Una disminución de la asistencia como resultado de las somatizaciones implica otras repercusiones asociadas, como un alto absentismo escolar, bajo rendimiento académicos, problemas psicosociales y dificultades en las relaciones con los iguales (Serra y cols., 2013).

Al mismo tiempo, estos trastornos no solo generan problemas escolares y sociales, sino que también afectan de manera directa a otras esferas, como la familiar, donde suelen predecir situaciones de conflicto (Pérez y cols., 2021; Sarfati y Kipman, 2012). Es común, que las somatizaciones de los hijos hagan necesaria una reorganización de la cotidianeidad del núcleo familiar el que se insertan, al requerir una atención y cuidados especiales, como, por ejemplo, ausencias al trabajo recurrentes o una disminución del tiempo de ocio, lo que puede ocasionar consecuencias económicas y en la mayoría de los casos producirá un incremento del estrés familiar (Fiertag y cols., 2014). También, aparecen de manera habitual otras problemáticas en los niños con síntomas somáticos, tales como, la disminución de la actividad deportiva, problemas en la alimentación y en el sueño (Herskovic y Matamala, 2020). En muestras adolescentes, los deterioros más significativos hallados han sido: problemas de concentración, menor contacto con los pares y reducción de la capacidad de disfrute, lo que podría encontrarse afectando a su autoestima y así, incrementando las posibilidades de padecer síntomas depresivos (Pérez y cols., 2021).

Debido a que la naturaleza de estos síntomas es compleja y multidimensional, resulta pertinente realizar aproximaciones en varios planos de intervención, desde el médico hasta el psicológico y psiquiátrico para minimizar el daño causado por este tipo de trastorno y posibilitar la atención de las consecuencias asociadas, mencionadas anteriormente (Pérez y cols., 2021).

2.3.3 Manifestaciones somáticas más frecuentes

Entendiendo las somatizaciones como la experimentación de malestar somático sin explicación orgánica precedente, las presentaciones clínicas pueden ser variadas y comprender a muchos de los órganos y sistemas de la persona. Así, estos síntomas han recibido numerosas nomenclaturas, tales como “somatización”, “síntomas somáticos sin explicación médica”, “psicosomático”, siendo el término de “Síntomas Somáticos Funcionales” (SSF) el más aceptada actualmente (Pérez y cols., 2021).

Los SSF más prevalentes en población general son dolores abdominales, de cabeza, de espalda, insomnio y sensación de fatiga, estos síntomas incapacitarán a la persona, no limitando por tanto sus consecuencias a la salud, sino que también impactarán en el ámbito social al disminuir la productividad de los individuos (Herskovic y Matamala, 2020; Pérez y cols., 2021). Sin embargo, las expresiones somáticas en los infantes son variadas y comprenden a todo el organismo (Sánchez, 2020). Las predominantes en niños y adolescentes serán los dolores y dolores crónicos, fatiga, náuseas, palpitaciones y mareos, predominando los dolores abdominales en la primera infancia, para posteriormente ser las cefaleas el síntoma más recurrente (Herskovic y Matamala, 2020; Pérez y cols., 2021; Sánchez, 2020; Serra y cols., 2013). Según estos autores, es en concreto el dolor somático el que afecta a un número más elevado de infantes, apareciendo en forma de dolores de cabeza, de tripa o de la musculatura y alcanzando a un 25% de niños y adolescentes con respecto a la totalidad de la población. Cabe destacar que, dentro de la alta incidencia que suponen los dolores, son las cefaleas las más repetidas en atención pediátrica, encontrándose comúnmente unidas a problemáticas de ansiedad, depresión o estrés (Sánchez, 2020). Además, algunos estudios señalan la capacidad predictiva que posee la presencia de un síntoma somáticos para la aparición de otros, siendo más frecuente la aparición de una combinación de síntomas (Sánchez, 2020).

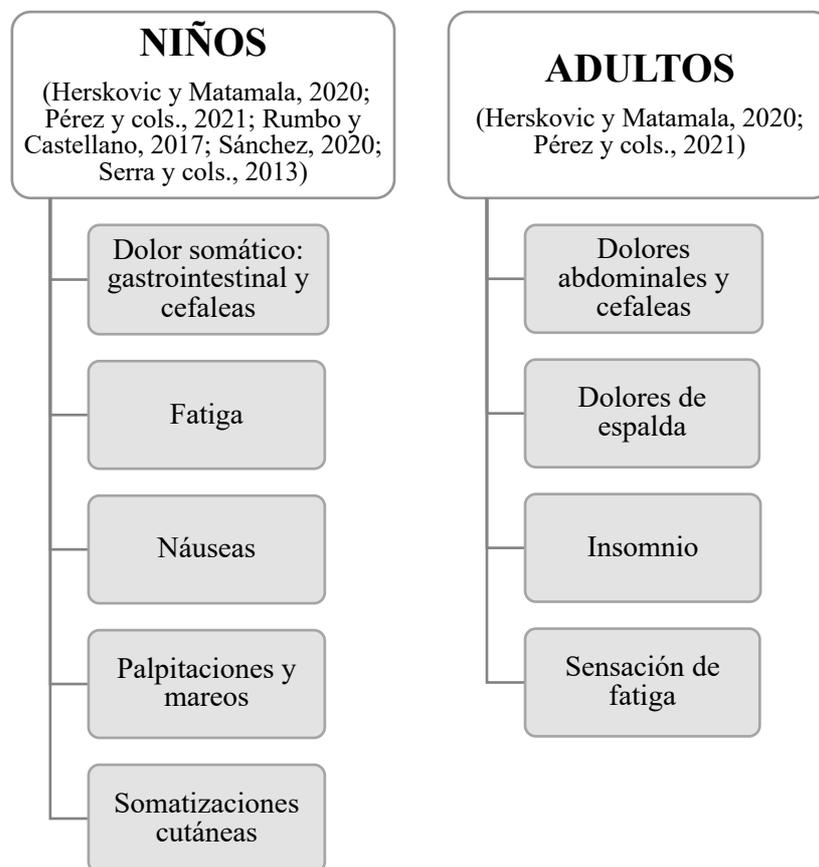
Por otro lado, también cobran importancia en población infantil las somatizaciones cutáneas, se refieren a las patologías dermatológicas explicadas a través de elementos psicológicos y ambientales (Rumbo y Castellano, 2017). En concreto, las afecciones cutáneas con mayor repercusión en niños son: el acné, psoriasis, dermatitis atópica, alopecia y vitíligo (Fiertag y cols., 2014). Así, es posible afirmar la relación existente entre mente y piel, siendo un 20% más probable que los pacientes aquejados de

algún tipo de problema dermatológico sufran alteraciones psíquicas (Rumbo y Castellano, 2017).

Por lo general, el pronóstico de estos trastornos es favorable, aunque pueden funcionar como aviso de la presencia de un trastorno psiquiátrico (Pérez y cols., 2021). Los síntomas presentados (apareciendo los más relevantes en la Figura 2) son muy heterogéneos y oscilarán entre presentaciones leves hasta los graves trastornos somatomorfo, siendo su diagnóstico fundamental para favorecer la operatividad del tratamiento (Thomson y cols., 2014).

Figura 2

Síntomas somáticos funcionales más frecuentes en niños y adultos



2.4 Factores de riesgo y factores protectores

Los trastornos de ansiedad pediátricos deben ser explicados a través de una interacción de factores, puesto que recurrir a explicaciones simples o unifactoriales no se ajustaría a la realidad compleja que representan (Tayeh y cols., 2016). Bajo la etiología

multifactorial encontramos factores de riesgo y protectores intervinientes que median en la aparición de los trastornos mencionados.

Según Rask y cols., (2018) se pueden dividir mayoritariamente los factores de riesgo en tres grupos: biológicos, psicológicos y sociales. A partir de esta división, se pretende condensar los más relevantes, teniendo en cuenta que es esperable que una reducción de estos factores estresantes proteja para el desarrollo de trastornos de ansiedad y síntomas somáticos funcionales graves y favorezca el desarrollo óptimo del individuo (Thomson y cols., 2014). De esta forma, es predecible que los factores que incidan en la disminución de los factores de riesgo servirán como protección para el desarrollo de sintomatología (Thomson y cols., 2014). A continuación, serán condensados los factores de riesgo y protectores más relevantes, encontrándose en la Tabla 3 de Anexos.

2.4.1 Factores biológicos

- Influencia genética: Algunos estudios sitúan como relevantes las influencias genéticas en el desarrollo de trastornos de ansiedad, asociando la ansiedad de padres con la aparición posterior en hijos (Navas y Vargas, 2012; Tayeh y cols., 2016). Sin embargo, pese a que aumente el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad, no se establece como una relación moldeadora de los procesos fisiológicos (Tayeh y cols., 2016). Por otro lado, ha sido propuesta la existencia de vulnerabilidad genética en los adolescentes con algún tipo de trastorno ansioso, viéndose vinculado con un exceso de actividad de la amígdala (Herskovic y Matamala, 2020).
- Funcionamiento cerebral: Los autores Fox y Pine (2012) afirman como diferencias individuales en funciones cerebrales podrían aparejar una mayor predisposición a responder de forma ansiosa, en concreto, haciendo referencia a la amígdala y la corteza prefrontal ventrolateral, cuyo circuito neuronal está relacionado con los sesgos atencionales. La amígdala, cuando se muestra hipervigilante responde inmediatamente ante mayor cantidad de estímulos al considerarlos amenazantes, por su lado la corteza prefrontal ventrolateral se relaciona con la atención y coordinación del comportamiento para la consecución de un objetivo, por lo que podría influir en la respuesta de los niños a las amenazas percibidas (Fox y Pine, 2012).
- Género: Numerosa documentación acredita la tendencia de las niñas a presentar problemas internalizantes, siendo los niños más proclives a los externalizantes; esto explica porque encontramos una prevalencia mayor del género femenino en

problemáticas relacionadas con la ansiedad y las somatizaciones (Fernández y Villamarín, 2021; Navarro-Pardo y cols., 2012)

- Temperamento: Un temperamento tranquilo, llevará asociado una predisposición positiva hacia situaciones estresantes y facilitará una adecuada regulación emocional (Rask y cols., 2018). Individualmente, buenos niveles de inteligencia situarán al menor en una situación de privilegio en cuanto al padecimiento de estos trastornos, no solo por el éxito académico y la autoeficacia percibida que posiblemente evocaría, sino por tener posibilidad de acceso a una gama mayor de mecanismos de afrontamiento ante posibles situaciones complicadas. (Rask y cols., 2018).

2.4.2 Factores psicológicos

- Características cognitivas: Los hallazgos más sólidos apuntan a los sesgos atencionales como las características cognitivas con mayor relación con la ansiedad, los niños tenderán a evaluar como peligrosos estímulos que les resulten ambiguos de partida (Tayeh y cols., 2016). A tenor de lo mencionado, el umbral ante las situaciones estresantes será menor, respondiendo con hipervigilancia y anticipando el daño ante estímulos inciertos (Herskovic y Matamala, 2020). Por otro lado, varios autores señalan la existencia de sesgos cognitivos y prejuicios que interfieren a las interpretaciones realizadas de los eventos (Herskovic y Matamala, 2020; Navas y Vargas, 2012). También, es repetida la asociación entre esquemas desadaptativos tempranos y la ansiedad, siendo los esquemas más predictivos los de: vulnerabilidad a catástrofes extremas al dejar al sujeto con percepción de indefensión ante posibles demandas externas, inhibición emocional y abandono, relacionado con la soledad (Sánchez-Aguilar y cols., 2019).
- Otros trastornos: Al margen de la comorbilidad psiquiátrica existente entre los trastornos somáticos y la ansiedad y depresión, ambos cuadros clínicos pueden ser categorizados adicionalmente como factores de riesgo para la aparición de efectos somáticos, siendo más prevalentes los primeros (Sánchez, 2020).
- Características personales de riesgo: Así mismo, la alexitimia muestra relaciones con las somatizaciones, resultantes de la experimentación de un estado de tensión elevada por la ausencia de capacidad de expresar las propias emociones y, en consecuencia, uso del cuerpo para la comunicación (Sánchez, 2020; Veloz y Lorenzo, 2016). Además, la presencia de características como ser ansioso, sensible

y tímido, son repetidas en los infantes que presentan quejas somáticas (Rask y cols., 2008)

- Características personales protectoras: El factor protector más repetido en el desarrollo de sintomatología ansiosa es la competencia socioemocional, una adecuada capacidad en el manejo emocional y del estrés juegan a favor del mantenimiento de la salud mental y evitan la aparición de trastornos (Ruvalcaba y cols., 2013). Adicionalmente, buenos niveles de asertividad, habilidades sociales, autoestima elevada, adecuado autoconcepto y estabilidad psicológica se encuentran vinculados a un riesgo inferior de padecer ansiedad y en general, cualquier psicopatología (Fernández y Villamarín, 2021)

2.4.3 Factores sociales

- Dificultades psicosociales previas: Se ha documentado que un porcentaje elevado de pacientes pediátricos diagnosticados de algún tipo de trastorno somático o de ansiedad han tenido vivencias asociadas con dificultades psicosociales previas, en particular: abusos sexuales, consumo de sustancias y algún tipo de maltrato (Fernández y Villamarín, 2021; Ramos y Vásquez, 2012). A tenor de lo mencionado, han sido planteados distintos modelos teóricos con la intención de explicar la asociación entre el trauma y los síntomas somáticos: primero el modelo disociativo sitúa el foco en la disminución atencional como resultado de la adaptación y origen de las somatizaciones; seguidamente el modelo conversivo orienta la explicación situando la importancia en la transformación desde la ansiedad hacia la expresión de síntomas somáticos como vía de salida; y por último, el modelo de jerarquías cognitivas presentaría la contención como centro para explicar el desarrollo de síntomas positivos o negativos (Sánchez, 2020).
- Familia y estilos educativos: A pesar de quedar constatada la evidencia genética en el desarrollo de ansiedad, cabe destacar la influencia del ambiente en su aparición, viéndose demostrada la relación entre un diagnóstico de ansiedad en los progenitores y la puesta en práctica de pautas de crianza que aumentan el riesgo de los hijos a padecer estos trastornos (Tayeh y cols., 2016). En concreto, se encuentran relaciones entre ansiedad y estilos educativos de sobreprotección y control, debido a la limitación en las oportunidades de exploración impuesta por los padres con dicho estilo y, por ende, el sesgo en las posibilidades de desarrollo de las capacidades de afrontamiento necesarias (Fernández y Villamarín, 2021). Sin embargo, pautas de

interacción caracterizadas por la calidez emocional donde exista aceptación y demostración de afecto parecen funcionar como protección en el desarrollo de este tipo de trastornos (Sierra y cols., 2013).

- Entorno escolar: La escuela supone un contexto de socialización elemental para el desarrollo del menor, tanto por el tiempo dedicado a su asistencia como por las experiencias que aparece; es por esto, que una correcta adaptación al contexto escolar funciona como factor protector ante la aparición de problemas de conducta o emocionales (Arratibel, 2012). De igual forma, la autora menciona como las relaciones establecidas con los iguales serán imprescindibles para una correcta socialización y adaptación de los niños, y su ausencia predice la aparición de comportamientos disfuncionales. Asimismo, existe evidencia entorno a como la ausencia de un apoyo social efectivo predispone a problemáticas tales como la ansiedad o la depresión, la posibilidad de contar con al menos una persona de confianza protege de la aparición de este tipo de patologías (Navas y Vargas, 2012).

2.5 Modelos explicativos

2.5.1 Teoría del apego

La teoría del apego supone uno de los hitos más importantes de la psicología contemporánea y su surgimiento pertenece a John Bowlby y Mary Ainsworth. Pretende explicar como las experiencias tempranas y la relación con la primera figura significativa determinarán el desarrollo del niño, condicionando la forma en la que hará frente al estrés o temor (Asili y Pinzón, 2003).

Debido a que el apego determina un contexto relacional básico e interviene en el desarrollo de los sistemas motivaciones tales como la autorregulación, podemos encontrar correspondencia con la aparición de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida del sujeto (Galán, 2016). A tenor de lo planteado por Cormín (2012) el vínculo de apego contribuirá en el desarrollo del individuo en torno a tres importantes cuestiones: el sistema de regulación emocional, la función cognitiva y el establecimiento de capacidades emocionales básicas para la interacción social. En los primeros momentos vitales, todas las necesidades surgidas en el bebé serán un foco activador de la señal de alarma, que se traducirá en llantos y movimientos en búsqueda de una respuesta, en este sentido, los cuidadores ostentarán la figura de *regulador fisiológico y emocional*. Para intervenir adecuadamente, deberán reconocer los estados emocionales y establecer una sintonía con

los mismos, ser capaces de identificarlos adecuadamente y nombrarlos y ofrecer una respuesta coherente que promueve la resolución del estado. Por otro lado, la misma importancia cobrará la *función cognitiva* y las implicaciones que posteriormente tendrá en los procesos cognitivos básicos, así como en el desarrollo de pensamiento, aprendizaje y adquisición de habilidades. A través de la interpretación de las sensaciones del infante, comenzarán a elaborarse representaciones mentales y progresivamente evolucionarán hacia la capacidad simbólica, otorgando así la habilidad de actuar sobre representaciones de la realidad formadas a nivel mental. Finalmente, *las primeras interacciones serán la antesala* de lo que cabrá esperar en posteriores encuentros sociales y asentarán las bases del autoconcepto y la autoestima, al encontrar en estas el primer reflejo de nuestro self. La teoría del apego postula que la confianza y disponibilidad parental en las necesidades del bebé promoverán imágenes positivas del yo; pero, en caso contrario, se establecerán esquemas primarios de no ser digno de amor. Esto, contribuirá a la forma de relacionarse en etapas posteriores, ya que, quedarán establecidos los modelos internos sobre uno mismo y los demás y las expectativas con las que funcionarán y se desarrollarán en la cotidianidad (Schimmenti y Bifulco, 2015).

A su vez, resulta clara la relación entre el estado psicológico de la figura de apego y el vínculo que tenderá a formar con el bebé, no solo por el temperamento asociado, sino por las herramientas y habilidades que pueda ser capaz de desplegar (Asili y Pinzón, 2003). Al hilo de lo mencionado, según Manassis (2011) existe correspondencia entre la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en la madre, y un riesgo mayor de establecimiento de apegos inseguros con su entorno y, en el caso que nos compete, con el hijo. Por otro lado, en el estudio de Schimmenti y Bifulco (2015) la variable parental más relacionada con los trastornos de ansiedad es la antipatía, descrita como hostilidad, frialdad y rechazo al infante, viéndose vinculada a la negligencia parental y al apego de tipo inseguro.

Todas las implicaciones y repercusiones aparejadas a los vínculos establecidos en las primeras etapas nos llevan a la conclusión de que se encontrarán relacionadas con la configuración mental y emocional del individuo (McLaughlin y cols., 2012). Algunas investigaciones, señalan la alta relación existente entre la visión negativa de uno mismo y los demás y la sintomatología ansiosa (Falgares y cols., 2017; Schimmenti y Bifulco, 2015). Por ello, pese a que existen múltiples factores que se encuentran incidiendo en el desarrollo de un posible trastorno de ansiedad, podemos afirmar que el apego interviene y tiene influencia en la aparición de estos, hallándose relación directa entre los vínculos

de tipo inseguro y psicopatologías ansiosas, debido a la desatención percibida y la ausencia de regulación emocional necesaria en las primeras etapas vitales (Asili y Pinzón, 2003; Manassis, 2011; Pérez y cols., 2021; Schimmenti y Bifulco, 2015). Esto acarrea consecuencias a largo plazo, condicionando el establecimiento de relaciones futuras y haciéndolas tendentes a la inseguridad (McLaughlin y cols., 2012).

2.5.2 Variables familiares

La familia, supone el primer agente socializador de los individuos y es el marco relacional y afectivo en el que las personas nos desarrollamos (Capano y Ubach, 2013). Si bien es cierto que la familia es considerada como uno de los factores más relevantes en el favorecimiento de la salud y calidad de vida, es habitual encontrar personas afectadas por un problema psicosocial, emocional o conductual como consecuencia de la relación familiar (Vargas, 2014). Los resultados del estudio de Fariña y cols., (2017) establecen relación entre disfuncionalidad en la dinámica de las familias y trastorno mental, pudiendo funcionar como factor precipitante en su aparición. Del mismo modo, disfunciones en el entorno familiar, una relación conflictiva entre progenitores e interacciones inoperantes entre padres e hijos, así como la presencia de algún tipo de trastorno psiquiátrico en los padres, afecta directamente al seguimiento de unas pautas de crianza efectiva y, por tanto, al desarrollo adecuado del niño (Fariña y cols., 2017; Pupo-González, 2014). Además, la ansiedad parental facilita la transmisión de pautas a los hijos a través de la observación y el aprendizaje vicario consecuente, incidiendo de esta manera en el desarrollo de pautas comportamentales (González-Fuentes y Andrade-Palos, 2021).

Pese a que se le otorga poca atención a la capacidad protectora del mantenimiento de un vínculo matrimonial de apoyo entre progenitores, existen estudios (Manassis, 2011) que afirman que la presencia de esta relación puede disminuir el riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad por separación. Rask y cols., (2018) también recoge como insertarse en familias intactas y capacitadas de buenas habilidades de crianza, disminuye el estrés y mejora las habilidades de afrontamiento de este. En la misma línea, algunos autores sugieren que no sería la ruptura matrimonial el detonante de un mal ajuste del menor, sino los elementos contextuales negativos que envuelven estas circunstancias y alteran el clima familiar, como, por ejemplo, una elevada conflictividad parental (Gómez-Ortiz y cols., 2017)

Es repetida la asociación entre las prácticas educativas parentales y la salud mental de los infantes (González-Fuentes y Andrade-Palos, 2021). Estos autores, diferencian

entre el papel jugado por cada uno de los progenitores, encontrando diferencias según el género de estos: el control psicológico materno y el conductual paterno ostentaban el mayor poder explicativo de la ansiedad.

Dentro de los factores familiares vinculados al desarrollo de trastornos de somatizaciones en los niños destacan: la existencia de somatizaciones en los progenitores, familias disfuncionales, experiencias psicosociales adversas dentro del entorno familiar, uniones poco firmes dentro de este contexto o la presencia de algún tipo de psicopatología en el núcleo (Ramos y Vásquez, 2012). Además, es sabido que cada familia utiliza unas normas y reglas particulares para gestionar los problemas, inclusive los relacionados con la esfera emocional, y será dentro de este núcleo donde los infantes actúen de manera adaptativa para el mundo social en el que se insertan. Por tanto, los niños cuya familia respondan de manera más activa ante los síntomas somáticos, aprenderán a utilizarlos como forma de expresión de los malestares emocionales (Veloz y Lorenzo, 2016). Desde una perspectiva familiar, podríamos entender el síntoma como una forma de expresión y definición de la situación en el hogar, pudiendo ser concebido como una señal de alerta a la que es necesario prestar atención (Veloz y Lorenzo, 2016)

Conociendo la influencia que poseen las familias en el desarrollo y mantenimiento de trastornos emocionales, una relación terapéutica colaborativa que implique a las familias en el proceso y promueva una movilización del sistema y la apertura hacia formas de funcionamiento más eficaces, podrá influir en la mejora del bienestar del menor al estar influyendo en su contexto relacional habitual (Vargas, 2014).

2.5.3 Temperamento

El temperamento ha sido uno de los múltiples factores utilizados en las numerosas explicaciones que se han realizado sobre la etiología de la ansiedad pediátrica debido a su importante influencia en el desarrollo de los infantes, se define como un rasgo que surge en las primeras etapas vitales, condicionado por la herencia y explica diferencias individuales entre individuos, viéndose modificado por la influencia del ambiente (Rotbart y Bates, 2006).

Una de las tendencias conductuales que se encuentra más frecuentemente asociada a los trastornos de ansiedad es la inhibición conductual, los niños que presentan este tipo de temperamento tenderán a responder con reticencia e intensidad hacia situaciones nuevas o variaciones del estímulo (Fox y Pine, 2012; Herskovic y Matamala, 2020; Tayeh y cols., 2016). Además, los niños con este temperamento verán afectadas sus relaciones

sociales condicionados por las interpretaciones ligadas a estas interacciones, lo que podría predisponer a un trastorno de ansiedad social posterior (Fox y Pine, 2012). Así, la inhibición conductual se relaciona de igual forma con los sesgos atencionales hacia la amenaza, que funcionan como factor de riesgo para la ansiedad (Fox y Pine, 2012; Tayeh y cols., 2016). Sumada a la inhibición conductual, la afectividad negativa (neuroticismo) también se sitúa como antecedente típico de los problemas de ansiedad, teniendo ambos patrones una influencia genética (Fernández y Villamarín, 2021). En contrapunto, el temperamento extrovertido o afectividad positiva se vincula con una buena capacidad de socializar y mejor adaptación (Fernández y Villamarín, 2021). No obstante, y pese a la alta correlación mencionada, no podemos establecer una relación directa entre estos tipos de temperamento y los problemas de ansiedad, ya que, no podemos afirmar que todos los niños inhibidos este tipo de trastornos (González-Fuentes y Andrade-Palos, 2021)

3. DISCUSIÓN

Este estudio llama la atención sobre la importancia pediátrica que recae en los trastornos de ansiedad y somatizaciones en población infantojuvenil y las repercusiones que tienen en el desarrollo y adaptación de los niños. No solo cobra importancia el conocimiento de los factores de riesgo asociados para facilitar la predicción y prevención, sino que la indagación en los factores de protección consigue ampliar la perspectiva, posibilitando la promoción de intervenciones preventivas en la franja de edad a la que nos referimos. Si bien correspondería una revisión más extensa de la literatura para profundizar en la comprensión de dichos trastornos, el trabajo ofrece una perspectiva general sobre el estado actual y las implicaciones de la cuestión. Una de las primeras limitaciones que podría encontrar el acometimiento de la investigación es la obtención de información veraz en cuanto a la prevalencia de somatizaciones en población infantojuvenil. Debido a las dificultades que apareja la realización de un diagnóstico diferencial adecuado, en ocasiones los síntomas somáticos son tratados como síntomas físicos, descuidando así el origen de la problemática y no ofreciendo un abordaje acorde a las necesidades presentes (Herskovic y Matamala, 2020; Thomson y cols., 2014). A tenor de lo mencionado, en el estudio realizado por Pérez y cols., (2021) son señalados seis cuadros a los que se deberá prestar una singular atención en la realización del diagnóstico diferencial: enfermedades orgánicas, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno de estrés postraumático, trastornos facticios y simulación y trastornos

o experiencias psicóticas. Conociendo los trastornos que comúnmente son confundidos en la presencia de somatizaciones y sus características asociadas, así como los puntos donde difieren, se facilitará la adecuación de la evaluación a la realidad del paciente.

Si continuamos en la línea de esta argumentación, aunque los trastornos de ansiedad y las somatizaciones constituyen una problemática repetida en población pediátrica, su diagnóstico en ocasiones conlleva múltiples dificultades. De cara al futuro, resulta de vital importancia dotar de los conocimientos necesario a los profesionales de la salud, con la finalidad de capacitarles de herramientas que faciliten la realización de un diagnóstico diferencial y así, garantizar un abordaje adecuado que proteja de la cronificación de los trastornos (Fariña y cols., 2018; Sánchez, 2020). Desde el punto de vista de la investigación, otro de los obstáculos que podemos encontrar en el estudio de los trastornos de ansiedad y somatizaciones, es la ausencia de criterios claros en cuanto a su relación y aparición de forma conjunta, sobre todo cuando nos referimos a población infantojuvenil (Herskovic y Matamala, 2020). En este sentido, los trastornos de ansiedad aparecen habitualmente acompañados de manifestaciones somáticas, siendo más frecuente la aparición de dicha sintomatología en infantes diagnosticados de algún tipo de trastorno de ansiedad en comparación con otro tipo de trastorno mental y con la ausencia de patología (Ginsburg y cols., 2006; Pérez y cols., 2021).

Del mismo modo, distintas definiciones del concepto de somatización aparejan porcentajes dispares en cuanto a su prevalencia. Por tanto, se torna indispensable en la formulación de futuros estudios la descripción exhaustiva de niños y adolescentes aquejados por estos trastornos, para desde la ampliación del enfoque, trabajar en el establecimiento de estrategias e intervenciones globales y multimodales (Pupo-González, 2018; Sánchez, 2020).

En cuanto al rol jugado por las familias en el desarrollo de las problemáticas citadas, es posible afirmar que se encuentran tanto influyendo en su aparición, como influidas por su presencia. Por un lado, sabiendo que el entorno familiar es el primer agente socializador donde el menor crece y se desarrolla, las relaciones e interacciones que se establecen determinarán su ajuste psicológico y funcionamiento psicosocial, siendo las variables más repetidas: conflictividad parental, clima familiar negativo, ansiedad parental, disfuncionalidad en las dinámicas y prácticas educativas ineficaces (Fariña y cols., 2017; Gómez Ortiz y cols., 2017; González-Fuentes y Andrade-Palos, 2021). Asimismo, el apego se configura como una variable elemental en la predicción de posibles problemas de salud mental y puede dejar secuelas a largo plazo en el

funcionamiento relacional del individuo (Falgares y cols., 2017; Meier, 2020). En este sentido, numerosos estudios sitúan el apego de tipo inseguro como el más prevalente en el desarrollo posterior de psicopatología ansiosa, sin poder ser considerado como explicación única en la etiología de los trastornos de ansiedad (Pérez y cols., 2021; Schimmenti y Bifulco, 2015). Una posible limitación en la revisión y trabajo con el apego es la escasa literatura entorno a los vínculos establecidos en familias no tradicionales, viéndose necesaria la impulsión de investigaciones que potencien el conocimiento en esta área y ayuden en la prevención (Meier, 2020). Por otro lado, las familias se encontrarán influidas por la presencia de dichos trastornos en los niños, al suponer un elemento de estrés familiar y requerir una reorganización del sistema con la finalidad de ofrecer la atención adecuada a las nuevas necesidades presentadas por el infante (Fiertag y cols., 2014).

Existe más debate en torno a la repercusión del divorcio o mantenimiento del vínculo conyugal en el ajuste de los niños, si bien algunos estudios otorgan importancia al vínculo matrimonial, otros ponen el acento en los elementos negativos que tienden a envolver los procesos de divorcio y no en la propia ruptura del vínculo (Manassis, 2011; Gómez-Ortiz y cols., 2017; Rask y cols., 2018). En estudios posteriores, sería interesante analizar la posible existencia de discordancias en las consecuencias a corto, medio y largo plazo entre menores insertos en familias intactas, niños que vivan divorcios conflictivos y otros en cuyo hogar haya acontecido una ruptura del vínculo matrimonial no conflictiva, teniendo en cuenta algunas variables relevantes tales como las custodias establecidas, cuestiones económicas y red de apoyo social disponible para la familia. Estas investigaciones, ayudarían a delimitar el impacto del divorcio en el ajuste psicológico de los infantes y darían luz sobre los factores que condicionan el efecto de estos procesos en los niveles de ansiedad (Gómez-Ortiz y cols., 2017).

Cabe destacar que, sabiendo la relevancia que posee la prevención e intervención temprana en la mejora del pronóstico de los trastornos, podemos utilizar la inhibición del comportamiento como predictor prematuro de la ansiedad, sobre todo en niños de menos edad (Cummings y cols., 2014). Adelantando el tratamiento, evitaremos el desarrollo de problemas secundarias y afecciones en la funcionalidad de los jóvenes. Así, muchos autores recomiendan tratamientos multimodales, incluyendo la psicoeducación de todo el núcleo familiar, controles psiquiátricos habituales e intervenciones psicoterapéuticas, permitiendo una atención integral y un correcto abordaje de las necesidades psicológicas patentes (Sánchez, 2020; Tayeh y cols., 2016).

Finalmente, teniendo en cuenta que prácticamente el 90% del desarrollo cerebral se realiza durante los primeros cinco años de vida y que este proceso se encuentra condicionado por factores genéticos y ambientales, resulta coherente entender como prioritarias para la salud pública moderna las acciones dirigidas a garantizar una salud mental adecuada en niños (Pupo-González, 2018). A lo largo del trabajo ha quedado constatada la relevancia y prevalencia asociada a los trastornos de ansiedad y la importancia de realizar intervenciones preventivas y tempranas que protejan de la cronificación. No obstante, aparejan una gestión compleja por las características asociadas: ausencia de constancia en sus formas de presentación, somatizaciones, relación con enfermedades crónicas y la exigencia de establecer una terapéutica concreta y a veces alargada en el tiempo (Navas y Vargas, 2012). Por este motivo, es necesario continuar con la investigación en este ámbito y atender a las presentaciones de trastornos de la salud mental en etapas tempranas, con la finalidad de realizar detecciones precoces y tareas de coordinación entre los sistemas implicados en el desarrollo del menor: escolar, sanitario y familiar. Así, se buscará realizar evaluaciones biopsicosociales para estudiar el diagnóstico adecuadamente y llevar a cabo una primera orientación terapéutica satisfactoria y adaptada a las necesidades de individuo (Navarro-Pardo y cols., Pérez y cols., 2021; 2012; Ruvalcaba y cols., 2013; Tayeh y cols., 2016).

4. CONCLUSIÓN

En definitiva, la sociedad actual presenta un importante problema de salud, ya que no solo ha acontecido un aumento progresivo de enfermedades mentales en niños y adolescentes, sino que el inicio de estos cuadros cada vez se produce más pronto. A pesar de que la salud mental está vinculada al bienestar personal, familiar y de la comunidad y a la salud física de los individuos, continúa siendo concebida como secundaria. Los trastornos de la salud mental normalmente van acompañados de un deterioro funcional y si continúan hasta la cronificación, deterioran el funcionamiento de la persona en las distintas etapas vitales y esferas relacionales en las que participa. La revisión realizada conduce a percibir como necesaria la incorporación de políticas públicas y programas que aboguen por la prevención, así como asegurar la formación de los profesionales, aumentar los servicios de atención y establecer sistemas que promueven y prevengan la salud mental.

6. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (Fifth Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Allen, L. B., Tsao, J. C. I., Seidman, L. C., Ehrenreich-May, J., & Zeltzer, L. K. (2012). A Unified, Transdiagnostic Treatment for Adolescents With Chronic Pain and Comorbid Anxiety and Depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.04.007>
- Arratíbel Siles, M. L. (2012). *El temperamento y el desarrollo de las habilidades sociales en la prevención de la psicopatología infantil (Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona)*.
- Asili Pierucci, N., & Pinzón Luna, B. K. (2003). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud, 13*(2), 215-225.
- Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas, 7*(1), 83-95.
- Comín, M. A. (2012). El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi, (29)*, 7-17.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological bulletin, 140*(3), 816-845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- Díaz Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST, 16*(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Falgares, G., Marchetti, D., De Santis, S., Carrozzino, D., Kopala-Sibley, D. C., Fulcheri, M., & Verrocchio, M. C. (2017). Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: the mediating role of self-criticism and dependency. *Frontiers in Psychiatry, 8*(36), 2-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00036>
- Fariña, R., Caballero, D., Morán, F., Silvero, J., Suárez, R., Weberhofer, J., & Arce, A. (2017). Epidemiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes: un estudio del Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia del Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay: Epidemiology of mental disorders in children and adolescents: an study of the

- Child and Adolescent Psychiatry Department, Hospital of Clínicas, National University of Asunción, Paraguay. *Medicina Clínica y Social*, 1(3), 192-200.
- Fernández Hermida, J. R., & Villamarín Fernández, S. (2021) Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Consejo General de la Psicología
- Fiertag, O., Taylor, S., Garralda, E., Rey, J. M., & Martin, A. (2014). Trastornos somatomorfos. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. *Ginebra: IACAPAP*.
- Forcadell López, E., Lázaro García, L., Fullana Rivas, M. A., & Lera Miguel, S. (29 de Enero de 2019). *Portal CLÍNICA*. Obtenido de Clinic Barcelona: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/definicion>
- Fox, A. N., & Pine, D. S. (2012). Temperament and the emergence of anxiety disorders. *Journal of the american academy of Child and adolescent Psychiatry*, 51(2), 125-128. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.006>
- Ginsburg, G. S., Riddle M. A., & Davies, M. (2006). Somatic Symptoms in Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the american academy of Child and adolescent Psychiatry*, 45(10), 1179-1187. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000231974.43966.6e>
- Gómez-Ortiz, O., Martín, L. y Ortega-Ruiz, R. (2017). Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 67-78. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.cpda>
- González-Fuentes, M. B., & Andrade-Palos, P. (2021). Percepción de prácticas parentales y ansiedad en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8(1), 54-59.
- Herskovic, V., & Matamala, M. (2020). Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.006>
- Manassis, K. (2011). Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents, Second edition*. 280-298
- Jenkins, W., & Smart, K. (2020). Somatization in acute care pediatrics: Respecting the mind–body connection. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(3), 604-609. <https://doi.org/10.1177/1359104520905065>

- McLaughlin, K.A., Zeanah, C.H., Fox, N.A., & Nelson, C.A. (2012). Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 53, 46–55. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02437.x>
- Mónaco, E., de la Barrera, U., & Montoya-Castilla, I. (2021). La influencia del apego sobre el bienestar en la juventud: el rol mediador de la regulación emocional. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(1), 21-27. <https://doi.org/10.6018/analesps.345421>
- Navas Orozco, W. N., & Vargas Baldares, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
- Organización Mundial de la Salud (17 de noviembre de 2021). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pascual, P., & Cerecedo, M. (2015). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Actualización en medicina de familia*, 11(5), 281-286.
- Pérez Moreno, M. R., Alonso González, I. M., Gómez-Vallejo, S., & Moreno Pardillo, D. M. (2021). Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(2), 41-58. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n2a4>
- Priede Díaz, A., Cano-Vindel, A., Blanch Bosch, C. G., Ruiz Rodríguez, P. & Moriana, J. A. (2021). Enfoque transdiagnóstico en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes. *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia* (117-141). Pirámide.
- Pupo-González, L., Noguerras-Reyes, Y., de Prada-Justel, M. E. & Labrada-Pupo, D. (2018). Salud mental infanto juvenil, características de una problemática actual. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(6).
- Ramos Guevara, J. D., & Vásquez, R. (2012). Aproximación crítica a los trastornos somatomorfos en niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(4), 900-909.
- Rask, C. U., Bonvanie, I. J., & Garralda, E. M. (2018). Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. In *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health*, 77-113. Academic Press.

- Rumbo Prieto, J. M., & Castellano Rioja, E. (2017). Dermatología psicosomática: la relación mente y piel. *Enfermería Dermatológica*, 11(31), 7-10.
- Ruvalcaba Romero, N. A., Gallegos Guajardo, J., Flores Ibarra, A., & Fulquez Castro, S. C. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente*, 16(29), 55-64.
- Sánchez-Aguilar, A., Andrade-Palos, P., & Lucio Gómez-Maqueo, M. E. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 15-21. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.2>
- Sánchez Boris, I. M. (2020). Los trastornos psicosomáticos en el niño y el adolescente. *Medisan*, 24(05), 943-961.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 17(3), 185-203
- Sarfati, Y., & Kipman, A. (2012). Somatizaciones. *EMC-Tratado de Medicina*, 16(3), 1-8.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología iberoamericana*, 21(2), 19-28.
- Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B. A., & Barsky, A. (2016). The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2015.10.006>
- Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 41-48.
- Serra, R., Claustre Jané, M., Bonillo, A. (2013). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos. *Anales de Pediatría*, 79(2), 101-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.008>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividade*, 3(1), 10-59.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. *Madrid: Tea*, 1.
- Solano Pinto, N., & Cano Vindel, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: Un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
- Solis Calcina, G. L., & Manzanares Medina, E. (2019). Control psicológico parental y problemas internalizados y externalizados en adolescentes de Lima metropolitana. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(1), 29-47.
<https://doi.org/10.15446/rcp.v28n1.66288>
- Tayeh, P., Agámez, P., & Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), 6-18.
- Thomson, Katharine; Randall, Edin; Ibeziako, Patricia; Bujoreanu, I. Simona (2014). Somatoform Disorders and Trauma in Medically-Admitted Children, Adolescents, and Young Adults: Prevalence Rates and Psychosocial Characteristics. *Psychosomatics*, 55(6), 630–639.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.05.006>
- Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59.

7. ANEXOS

Tabla 1

Presentación resumida de los trastornos de ansiedad según el DSM 5

TRASTORNO	CARACTERÍSTICAS CENTRALES	CRITERIOS COMPLEMENTARIOS
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad elevados resultante de la separación de una figura de apego, manifestado en un mínimo de tres características clínicas: malestar intenso, preocupación excesiva, miedo, resistencia ante la separación, pesadillas y síntomas físicos.	Presente durante como mínimo 6 meses en adultos y cuatro semanas en niños y adolescentes
Mutismo selectivo	Incapacidad repetida de hablar o responder en situaciones sociales concretas, donde sería esperable que lo hiciese, a pesar de no existir problema en otras situaciones. Esto afecta a la consecución de objetivos educativos o laborales o en la comunicación social.	Duración mínima de un mes, que no puede coincidir con el primer mes escolar.
Fobia específica	Miedo o ansiedad elevados y repetidos en la presencia de un objeto o situación concreto, siendo desproporcionado, persistente y siendo buscada la evitación de este de forma activa.	Posibles estímulos fóbicos: animal, entorno natural, sangre-inyección-herida, situacional u otra. <i>Nota: En niños los síntomas pueden presentarse como llanto, rabietas, inmovilización o aferrarse.</i>

<p>Trastorno de ansiedad social</p>	<p>Miedo o ansiedad intensos, persistentes y desproporcionado ante la exposición de una o más situaciones sociales donde se encuentra siendo juzgado: interacciones, actos delante de otros, poder ser observado.</p>	<p>El miedo, ansiedad o evitación durarán como mínimo seis meses</p> <p>Especificar si la afección se limita a la actuación en público.</p> <p><i>Nota: En niños estos síntomas pueden aparecer en las interacciones con su grupo social y no solamente en las relaciones con adultos.</i></p>
<p>Trastorno de pánico</p>	<p>Presencia de ataques de pánico inesperados y recurrentes, donde aparecen al menos 4 síntomas físicos, fisiológicos o psicológicos. El ataque va seguido de al menos un mes de inquietud por la repetición o cambios en el comportamiento como medio de evitación de este.</p>	<p>Nota: La aparición súbita puede ir precedida por un estado de calma o de ansiedad.</p>
<p>Agorafobia</p>	<p>Miedo o ansiedad intensa y recurrente en dos o más situaciones típicamente agorafóbicas: transporte público, espacios abiertos, sitios cerrado, multitudes o hacer colas y/o encontrarse solo fuera de la vivienda. Ante dichas situaciones el individuo experimentará ansiedad por la percepción de tener difícil escapatoria o el pensamiento de que no dispondrá de ayuda.</p>	<p>La duración mínima de los síntomas deberá ser de 6 meses.</p> <p>Nota: Se diagnostica agorafobia de forma complementaria al trastorno de pánico en caso de que se cumplen los criterios para ambos cuadros.</p>

<p>Trastorno de ansiedad generalizada</p>	<p>Ansiedad y preocupación excesiva y difícil de controlar relacionada con un amplio abanico de temas y situaciones. Se encuentra asociado a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, difícil concentración, irritabilidad, tensión muscular, dificultades en el sueño y facilidad para sentir fatiga.</p>	<p>La ansiedad y preocupación están presentes la mayoría de los días durante un periodo mínimo de 6 meses.</p> <p><i>Nota: en los niños solo se necesita la presencia de uno de los síntomas.</i></p>
<p>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación</p>	<p>En el cuadro destaca la ansiedad o ataques de pánico que ocurren durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de un medicamento o sustancia con la capacidad de ocasionar estos síntomas</p>	<p>El trastorno no aparece únicamente durante el curso de un delirium</p> <p>Especificar: inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia o inicio después del consumo</p>
<p>Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica</p>	<p>Cuadro clínico donde el acontecimiento de ataques de pánico o ansiedad es consecuencia patofisiológica comprobada y directa de una condición médica.</p>	<p>El trastorno no aparece únicamente durante el curso de un delirium</p>
<p>Otros trastornos de ansiedad especificados</p>	<p>Caracterizado por la presencia de síntomas significativos de alguno de los trastornos especificados, pero en la ausencia de algún criterio clínico imprescindible para su diagnóstico.</p> <p><i>Se concretará el motivo por el que no se encuentran presentes todos los criterios.</i></p>	<p>Como ejemplos donde se podría añadir la especificación de “otro especificado”: ataques sintomáticos limitados o ansiedad generalizada cuando no se cumple el criterio temporal.</p>

Trastornos de ansiedad no especificados	<p>Se caracteriza por la presencia de síntomas significativos de alguno de los trastornos especificados en la ausencia de algún criterio imprescindible.</p> <p>En este caso <i>no se especifican los motivos</i> por los que no se encuentran todos los criterios al no existir suficiente información.</p>	
--	--	--

Tabla 3

Factores de riesgo y protectores más prevalentes en población infantojuvenil para los trastornos de ansiedad y somatizaciones

	Factores de riesgo	Factores protectores
Biológicos	Diferencias individuales en funciones cerebrales: hiperactividad de la amígdala y corteza prefrontal ventrolateral (Fox y Pine, 2012; Herskovic y Matamala, 2020).	Buenos niveles de inteligencia: sensación de éxito y autoeficacia percibida (Rask y cols., 2018).
	Ser chica: proclives a las problemáticas internalizantes (Fernández y Villamarín, 2021; Navarro-Pardo y cols., 2012)	Ser chico: menos proclives a sintomatología internalizante (Fernández y Villamarín, 2021; Navarro-Pardo y cols., 2012)
	Diagnóstico de ansiedad en los progenitores (Tayeh y cols., 2016)	Temperamento tranquilo (Rask y cols., 2018).
	Inhibición conductual (González-Fuentes y Andrade-Palos, 2021)	Educación emocional adecuada (Asili y Pinzón, 2003)

Psicológicos	Sesgos atencionales: interpretación amenazante de estímulos ambiguos (Tayeh y cols., 2016)	Adecuadas habilidades sociales (Arratíbel, 2012; (Fernández y Villamarín, 2021)
	Sesgos cognitivos y prejuicios que interfieren en las interpretaciones (Herskovic y Matamala, 2020; Navas y Vargas, 2012)	Competencias socioemocionales: manejo de las emociones y el estrés (Ruvalcaba y cols., 2013)
	Sesgos cognitivos en la interpretación de eventos (Herskovic y Matamala, 2020; Navas y Vargas, 2012)	Buenos niveles de asertividad, autoestima elevada, adecuado autoconcepto y estabilidad psicológica (Fernández y Villamarín, 2021)
	Esquemas desadaptativos tempranos (Sánchez-Aguilar y cols., 2019)	Vínculo de apego seguro (McLaughlin y cols., 2012)
	Trastorno de ansiedad o depresión como factores de riesgo para el desarrollo de somatizaciones (Sánchez, 2020)	Adecuada regulación emocional (Mónaco y cols., 2021)
	Alexitimia (Pérez y cols., 2021; Sánchez, 2020; Veloz y Lorenzo, 2016).	
	Vínculo de apego inseguro (Asili y Pinzón, 2003; Manassis, 2011; Pérez y cols., 2021; Schimmenti y Bifulco, 2015).	
	Ser ansioso, sensible y tímido (Rask y cols., 2008)	
Sociales	Disfunción familiar (Sánchez, 2020)	Adaptación adecuada al contexto escolar y buenos vínculos con los iguales (Arratíbel, 2012).

	Estilo educativo de sobreprotección/control (Sierra y cols., 2013)	Estilo educativo de calidez emocional (Sierra y cols., 2013)
	Ausencia de apoyo social efectivo (Navas y Vargas, 2012)	Vínculo matrimonial de apoyo entre progenitores (Manassis, 2011)
	Dificultades psicosociales previas: abusos sexuales, consumo de sustancias y algún tipo de maltrato (Fernández y Villamarín, 2021; Ramos y Vásquez, 2012).	Familias intactas o con buenas habilidades de crianza (Rask y cols., 2018)
		Habilidades sociales para adaptarse a diferentes situaciones (Arratíbel, 2012)