
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA COMORBILIDAD DE LA ANSIEDAD INFANTIL

Literature Review on Comorbidity of Childhood Anxiety

Roberto García Sánchez¹, SAMUEL PÉREZ BRAVO¹,
¹ Universidad Europea de Canaria, España

ABSTRACT

The study identified comorbid disorders with childhood anxiety through a literature review of scientific articles (2010-2023) in Pubmed, using the DSM-V as a guide. After selecting 40 articles, it was found that childhood anxiety occurs together with other disorders such as: separation anxiety, selective mutism, phobias, panic, agoraphobia, generalized anxiety, substance use anxiety, and ADHD. These findings highlight the importance of considering comorbidity when diagnosing and treating anxiety in children.

KEYWORDS: *Childhood Anxiety and comorbidity.*

RESUMEN

El estudio identificó los trastornos comórbidos con la ansiedad infantil mediante una revisión bibliográfica de artículos científicos (2010-2023) en Pubmed, usando el DSM-V como guía. Tras seleccionar 40 artículos, se halló que la ansiedad infantil se presenta junto con otros trastornos como: ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobias, pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, ansiedad por consumo de sustancias y TDAH. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la comorbilidad al diagnosticar y tratar la ansiedad en niños.

PALABRAS CLAVE: *Ansiedad Infantil y comorbilidad.*

1. Introducción

Los trastornos de ansiedad son las psicopatologías más comunes en los niños con un tratamiento claramente definido y con base empírica. Sin embargo, la detección y el tratamiento encuentran varios obstáculos para los especialistas de la salud mental de los niños que impide una temprana intervención de la psicopatología. La razón principal por la que es un tanto difícil la evaluación de la enfermedad es que los niños presentan una marcada dificultad al momento de describir la enfermedad, así como los momentos en los que ésta se presenta con mayor intensidad. Los informes de los padres, cuidadores y maestros a menudo son subjetivos y pueden enfocarse en un aspecto del comportamiento del niño dificultando así la posibilidad de elaborar una evaluación más amplia de la enfermedad y por ende la aplicación de un tratamiento oportuno y específico según las condiciones del menor. La ansiedad infantil es una de las enfermedades con mayor prevalencia entre los niños y adolescentes pues según Polanczyk et al. (2015) la prevalencia de este trastorno en la población infantil y adolescente es alarmante, pues de 13.4% de niños y adolescentes con trastornos mentales en el mundo, 6.5% se cataloga con ese trastorno, cuya incidencia constituye el primer lugar en esta población. Como se mencionó la ansiedad infantil es un trastorno asociado a la ansiedad infantil son variados y comunes y si no se tratan, los trastornos de ansiedad tienen un efecto adverso en el funcionamiento de un niño, y las deficiencias en la salud física, el rendimiento académico y la competencia social pueden tener consecuencias para toda la vida.

Según García et al. (2018), en México 103 niños de entre 5 y 14 años fueron atendidos durante el año 2014 por diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, constituyéndose así en la cuarta causa de consulta externa después de los trastornos no especificados, las perturbaciones de la actividad y la atención, y los episodios depresivos moderados.

La ansiedad infantil es un trastorno comórbido ya que presenta una relación con otros trastornos que pueden vincularse entre ellos y agravar la sintomatología, la comorbilidad es la presencia simultánea de dos o más trastornos en un mismo individuo (Acosta et al., 2010). El presente análisis tiene como objetivo identificar y describir la ansiedad infantil y su comorbilidad específicamente la monotípica o coexistencia simultánea entre trastornos de un mismo grupo diagnóstico que son continuos en el tiempo.

Analizar la comorbilidad de la ansiedad infantil es de gran importancia y sin duda alguna de gran ayuda para los padres, profesores, especialistas de la salud psicológica y de cualquier otra persona que esté interesada en obtener información sobre los trastornos comórbidos a la ansiedad infantil pues solo de esta forma podrán construir una idea más organizada de la psicopatología y adoptar las medidas necesarias para contrarrestar los síntomas y los efectos de esta.

2. Metodología

La metodología empleada en la realización de este estudio ha sido una revisión bibliográfica de la literatura publicada desde el año 2010 hasta el 2023 sobre la temática citada anteriormente, comorbilidad de la ansiedad infantil y aplicando el método PRISMA.

Con la finalidad de obtener información especializada se ha utilizado la base de datos PUBMED para obtener estudios científicos actualizados sobre la temática a estudiar. En esta base de datos se han buscado artículos que cumplieran una serie de criterios de inclusión para poder ser utilizados en este trabajo y de esta forma lograr el objetivo planteado desde el inicio, los criterios de inclusión son los siguientes: Publicados entre el año 2010 y 2023, artículos de texto completo en inglés, artículos de corte empírico analítico, artículos de investigación sobre la ansiedad y sus trastornos comórbidos.

Para alcanzar los estándares de inclusión el procedimiento de búsqueda en Pubmed se realizó completando los siguientes criterios: palabras clave (“comorbidity of childhood anxiety”) lugar (resumen), tipo de estudio (revisión o artículo, libros y manuales sobre el tema) y área de especialización (Ciencias de la Salud).

Debido a que la ansiedad infantil presenta comorbilidad con varios trastornos neuroconductuales los resultados que se mostraron en la primera búsqueda fueron bastantes generales y la intención era contar con información específica que sirviera de base científica para crear conclusiones sobre los diferentes trastornos comórbidos con la ansiedad infantil. Para solucionar dicho inconveniente se realizó una revisión al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición texto revisado (DSM-V) con el propósito de tener una guía consensuada y de esta forma llevar a cabo la búsqueda de los artículos que abordan los diferentes trastornos comórbidos con la ansiedad infantil. La primera búsqueda se realizó de manera general guiándose por la palabra clave obteniendo un total de 184 artículos que estaban relacionados con el tema de búsqueda como se observa en la Tabla 1. Sin embargo, al someter los artículos a una revisión en la que se descartaban los títulos repetidos, fuera del rango de edad, contenido incompleto por no estar abierto al público o por poseer un resumen demasiado pequeños se logró disminuir la cantidad de artículos a un total de 56 artículos que servirían de guía para encaminar el estudio hacia la dirección correcta y lograr así un banco de información que pudiera dar validez a los resultados obtenidos.

Los artículos mostraron que los trastornos comórbidos con la ansiedad infantil son: ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobias específicas, ansiedad por fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, ansiedad por consumo de sustancias y TDAH.

Tabla 1. Resumen de la primera búsqueda general.

BASE DE DATOS	PUBMED
OBJETIVO	Comorbilidad de la ansiedad infantil
PALABRA CLAVE	comorbidity of childhood anxiety
LUGAR	Abstract
TIPO DE ESTUDIO	Revisión, artículo o libro
FECHA	2010 - 2023
AREA	Ciencia de la salud
RESULTADOS	174 documentos
SELECCIÓN	Por el contenido del titulo
INFORMACION OBTENIDA	Ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobias específicas, ansiedad por fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, ansiedad por consumo de sustancias y TDAH.

Fuente. Elaboración propia.

Como se explicó anteriormente los resultados que se obtuvieron en la primera búsqueda fue bastante grande por lo que se realizó la primera preselección por el título, pero una vez que se identificaron los diferentes trastornos comórbidos con la ansiedad infantil se realizó una nueva búsqueda en la que se cambiaba la palabra clave (comorbidity of childhood anxiety) por el nombre específico del trastorno por ejemplo (substance use disorder).

Una vez más se obtuvo un número relativamente grande de artículos que abordaban cada uno de los trastornos lo que obligo a realizar dos preselecciones más con el objetivo de encontrar los artículos más adecuados para realizar el análisis y de esta manera lograr el objetivo planteado al inicio del estudio, en la segunda preselección se realizó por el tema de los artículos y se eligieron solo aquellos artículos que coincidieran con el tema de búsqueda pero al ver que aun así quedaba un número considerable de artículos se procedió a realizar una segunda preselección por abstract logrando con esta preselección una cantidad definitiva de 40 artículos los cuales sirvieron de base para realizar el análisis bibliográfico.

A continuación, se presenta la **Tabla 2** donde se expone el procedimiento seguido para realizar la selección del número de artículos que utilizaron para realizar el análisis que dio origen al presente estudio.

Tabla 2. Resumen de las búsquedas específicas.

Palabra clave	Resultado inicial	Después de ser eliminados por duplicación	Preselección por titulo	1º Preselección por abstract	2º Preselección por abstract
Comorbilidad y ansiedad infantil.	174	122	56	18	3
Trast. Por separación y TA.	65	53	28	11	4
Trast. Mutismo selectivo y TA.	29	23	17	9	3
Trast. Por fobias específicas y TA.	22	9	10	7	3
Trast. Fobia social y TA.	53	47	34	17	4
Trast. Pánico y TA.	34	24	19	13	4
Trast. De agorafobia y TA.	18	15	12	9	3
Trast. De ansiedad generalizada y TA.	168	89	56	38	7
Trast. Por consumo de sustancias y TA.	39	31	25	16	5
TDAH Y TA.	124	113	44	21	5
TOTAL DE ARTÍCULOS					40

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se pueden realizar algunas inferencias como señalar que el trastorno con más artículos publicados es el trastorno de la ansiedad generalizada; seguido por el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Lo anterior se podría inferir que los

trastornos más comunes o

conocidos son esos dos ya que de ellos es que se encuentra la mayor cantidad de literatura.

Con el propósito de detallar los 40 artículos que se utilizaron para realizar este análisis se muestra la **Tabla 3** donde se detallan no solo el número de artículos sino también los autores, los temas, los años de publicación y la revista en la que fueron publicados, todo esto con el objetivo de agregarle validez y confiabilidad a la revisión bibliográfica que sirvió de soporte en el presente trabajo.

Tabla 3. Artículos seleccionados.

Autor	Año	Título	Revista
Ansiedad infantil			
Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., & Peña, F. d.	2010	Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
Beesdo, K., Knappe, S., Dipl-Psych, & Daniel S. Pine	2011	Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents.	Psychiatr Clin North Am.
Trastornos por separación familiar			
Frías Armenta, M., & Gaxiola Romero, J. C.	2010	Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños.	Revista Mexicana de Psicología.
Gómez-Ortiz, O., Martín, L., & Ortega-Ruiz, R	2017	Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil	Pensamiento Psicológico.
M.Sapolsky R.	2013	¿Por qué las cebras no tienen úlceras?	Alianza Editorial.
Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., & Peña, F. d.	2010	Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
Beesdo, K., Knappe, S., Dipl-Psych, & Daniel S. Pine	2011	Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents.	Psychiatr Clin North Am.
Trastorno de mutismo selectivo			
Bartosz, E., Orlof, W., Nowicka, Z. M., Wilcznska, K., & Waszkiewicz, N	2020	Mutismo selectivo: una descripción general de la afección y la etiología.	Psiquiatra polaco.
Muris, P., & H.Ollendick, T.H.	2021	Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder.	Clinical Child and Family Psychology Review.
Muris, P., & H.Ollendick, T. H.	2021	Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children.	Psychology Research and Behavior Management.
Trastorno de fobia específica			
Reyes, A. C., & López, J. V	2019	Miedo, fobias y sus tratamientos.	Revista Electrónica de Psicología Iztacala.
Santesteban-Echarri, O., Martín, D. R., Lobera, M.	2018	Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia.	Elsevier.

J., Jaime, J. C., & Jiménez-Arriero, M. Á

Bueno-Sánchez, L., 2019 Realidad Virtual como Tratamiento para la Fobia Específica a las Arañas: Una Revisión Sistemática. *Psychologia*.
Díaz-Africano, N.,
Restrepo-García, D.,
Solano-Gualdrón, A., &
Gantiva, C

Trastorno de ansiedad por fobia social

Antonio Vallés 2014 Social competence and self-esteem in adolescents. *Liberabi*.
Arándiga, J. O
Hanna Wersebea, R. L. 2018 Well-being in major depression and social phobia with *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
Jasper A. J. Smits, P. A. 2010 Cognitive Therapy for Depressed Adults with Comorbid Social. *Affect Disord*.
Leigh, E., & Clark1, D. M. 2018 Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving. *Clinical Child and Family Psychology Review*.

Trastorno de pánico

Cano Vindel, A., Mae 2011 El trastorno de pánico en atención primaria. *El papel del psicólogo*.
Wood, C., Dongil, E., &
Latorre, J. M.
Osma, J., Palacios, A. G., 2014 Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anales de psicología*.
& Botella, C
Yenima de la Caridad 2017 Manifestaciones de ansiedad en niños de 8 años. *Revista Electrónica de Psicología*.
Hernández Rodríguez,
E. R., Ruilova, M. T.,
Rivera, N. P., & Teresa,
E.
Cárdenas, E. M., Feria, 2010 Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.
M., Palacios, L., & Peña,
F. d.

Trastorno de Agorafobia

Luis FiestasTeque, 2011 Agorafobia en la infancia: a propósito de un caso. *Neuropsiquiatría*.
Pamela Nuñez del Prado
y Roxana Vivar.
Knapstad, M., & Smith, 2020 Social anxiety and agoraphobia symptoms effectively treated by Prompt Mental Health Care versus TAU at 6- and 12-month follow-up: Secondary analysis from a randomized controlled trial. *Anxiety and Depression Association of America*.
O. R.
Pitti, C. T., Fuente, W. P., 2015 The combined use of virtual reality exposure in the treatment of agoraphobia. *Actas españolas de psiquiatría*.
Bethencourt, J. M., Roca-Sánchez, M. J., Acosta, L.,
Villaverde, M. L., &
Gracia, R.

Miquel Tortella-Feliu	2014	Anxiety disorders in DSM-5.	Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica y Psicosomática.
Trastorno de ansiedad generalizada			
Basile, S., & Martorell, M. Á.	2015	Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada.	Universidad Nacional de Educación a Distancia.
Bados, A.	2017	Trastorno de Ansiedad Generalizada.	Universidad de Barcelona.
Mengfbar, N. G	2019	Trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes.	Universidad de Jaén.
Montorio, I., Izal, M., & Cabrera, I.	2011	Trastorno de ansiedad generalizada.	Ediciones pirámide.
Morrison, J., & Fleguel, K.	2018	La entrevista en niños y adolescentes habilidades y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5.	Manual Moderno.
Padilla Díaz, C.	2014	Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada.	Revista de Psicología Clínica con Niños y adolescentes.
Videla, M. M.	2011	Trastorno de Ansiedad Generalizada Infantil.	Universidad de Palermo.
Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias			
Marmorstein, N. R	2012	Trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancias: diferentes asociaciones por trastorno de ansiedad.	Revista de trastornos de ansiedad.
Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E.	2015	Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014.	A systematic review and meta-analysis. Drug and Alcohol Dependence.
Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., & Rincón, C. J.	2017	Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos.	Health and Addictions.
Valarezo-Bravo, O. F., Erazo-Castro, R. F., & Muñoz-Vinces, Z. M.	2021	Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador.	Health and Addictions.
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad			
Matilla, E. G.	2022	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con síntomas de ansiedad infantil	Universidad Europea Madrid.
Ferrán Catalá-López, I., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., & Catalá, M. A.	2012	Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies.	BMC Psychiatry.

Johana, A., & César, G.	2017	Correlación entre niveles de ansiedad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de 6 a 8 años	Killkana Sociales.
López, J. F., Márquez, M. B., & Galán, R. P.	2014	El lado oculto del TDAH en la edad adulta.	Ediciones Aljibe.
Sanz, M. J., Mateo, C. S., & López, B. S.	2018	Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	Anales de pediatría.

Fuente: Elaboración propia.

3. Resultados

Después de haber realizado una cuidadosa revisión a la literatura que aborda de manera científica el tema de la ansiedad infantil y la comorbilidad que ésta presenta con otros trastornos que el DSM-5 agrupa en el mismo orden de padecimientos y con el objetivo de presentar un informe que pueda servir de guía práctica para cualquier lector que esté interesado en adquirir conocimiento fiable y fidedigno sobre la ansiedad infantil y sus diferentes cuadros clínicos con los que se relaciona se procede a presentar de manera específica los hallazgos de la revisión literaria que se llevó a cabo utilizando fuentes confiables y basadas en estudios científicos.

La ansiedad al igual que muchos otros sentimientos es un mecanismo de adaptación evolutiva que ayuda en gran medida a la supervivencia de las diferentes especies, mediante la ansiedad el sistema nervioso fabrica las repuestas de lucha o huida a diferentes situaciones que atentan contra la vida del organismo en cuestión, una oleada de ansiedad positiva es aquella que ayuda al individuo a salvaguardar su vida mientras que una oleada de ansiedad negativa es aquella en donde aun después de pasar el peligro el individuo continua experimentando altos niveles de estrés que le impiden continuar con el funcionamiento correcto sus actividades y por lo tanto el disfrute a cabalidad de su vida.

La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara para escapar. Es decir, se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño.

Sin embargo, como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad (Cárdenas et al., 2010).

La función clave de la ansiedad es facilitar la detección de situaciones amenazantes o peligrosas en diferentes entornos. Si bien esta detección es importante para la supervivencia, en algunos pacientes ansiosos puede estar tan desarrollado este proceso de detección del peligro, que los mismos se vuelven hipervigilantes y exageran tanto el número como la severidad de los posibles peligros que los rodean. En dichos casos, la ansiedad se vuelve clínicamente disfuncional o patológica.

La ansiedad es una emoción a la que todo individuo está expuesto ya que se trata de un mecanismo evolutivo diseñado para activar los procesos encaminados a proteger la integridad física del individuo ya sea mediante la lucha o la huida, sin embargo, “la niñez y la adolescencia es la fase central de riesgo para el desarrollo de síntomas y síndromes de ansiedad que pueden variar desde síntomas leves transitorios hasta trastornos de ansiedad en toda regla” (Beesdo et al., 2011). “Existe evidencia persuasiva de una variedad de estudios de que los trastornos de ansiedad son los trastornos más frecuentes en los niños y adolescentes y, por lo tanto, parecen ser los más tempranos en todas las formas de psicopatología” (Beesdo et al., 2011).

Desde esta perspectiva ese suma importancia que se le preste la debida importancia a la ansiedad infantil pues como se mencionó antes la ansiedad excesiva puede convertirse en un trastorno patológico distorsionando la realidad en el niño o adolescente que la padece impidiéndole así el disfrute de su vida a plenitud y el obstaculizando el desarrollo de sus potencialidades como individuo consiente.

A continuación, se hará una descripción de los diferentes trastornos con los cuales la ansiedad infantil conserva una estrecha relación:

3.1. Trastornos por separación familiar

Uno de los trastornos más frecuentes en los niños y adolescentes es el trastorno por separación familiar y se ha demostrado que existe una estrecha relación entre el trastorno por separación familiar y los trastornos de ansiedad infantil.

Según Tortella-Feliu (2014), el trastorno por separación es el 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

Siguiendo a Cárdenas et al. (2010), el trastorno por separación es un trastorno de ansiedad que se presenta en general en niños y adolescentes, caracterizado por una ansiedad excesiva cuando no están con las principales personas a quienes están apegados, como los padres, los cuidadores o la pareja cuando es el caso, llegando a ser incapaces de quedarse solos, ir a la escuela o a algún otro lugar sin compañía. Estos chicos buscan estar siempre cerca de sus padres o cuidadores por miedo a la separación, pues temen que ocurra algo catastrófico como la muerte, un secuestro o un accidente grave, temas de los cuales frecuentemente presentan pesadillas.

De acuerdo con los autores Gómez et al. (2017) los niños que viven en hogares con padres en conflicto o padres divorciados presentan significativos niveles de ansiedad en comparación con aquellos niños que viven en hogares en donde sus padres aún están juntos y mantienen sanas relaciones de pareja.

Los mismos autores explican que al aumentar la edad de los niños el impacto emocional sobre la conflictividad o separación de los padres es menos significativa en su relación con la ansiedad infantil ya que, aunque ellos son más conscientes del problema ya cuentan con mayores herramientas psicológicas para lidiar con la situación.

Otros autores como Armenta & Romero (2010) señalan los niños y adolescentes que sufren violencia directa e indirecta tienden a consumir más alcohol, a manifestar mayor depresión, ansiedad y conducta antisocial, lo cual repercute a mayor número de suspensiones y expulsiones escolares.

Algo muy interesante que comentan los autores arriba citados es que la violencia intrafamiliar predice en un 46% la varianza de los problemas de conducta antisocial en los niños, indicando que los episodios de agresión doméstica prácticamente anticipan la mitad de los problemas de conducta antisocial o delictiva a desarrollar por los menores.

Otros autores como Beesdo et al. (2011) sostienen que existe asociación entre las adversidades infantiles como la pérdida o separación de los padres con casi todos los trastornos mentales incluidos la ansiedad infantil, demostrando así la estrecha relación entre la separación de los padres con el trastorno de ansiedad infantil.

De acuerdo con M. Sapolsky (2013) la pérdida de un progenitor por defunción o separación durante la edad infantil incrementa el riesgo de ansiedad o depresión durante el resto de la vida, el mismo autor señala que esos traumas de separación conllevan una serie de trastornos en el niño o adolescente al grado de padecer enfermedades como el síndrome de intestino irritable.

Todo lo anterior pone de manifiesto las repercusiones negativas que causa la separación de los padres en la vida del niño pues éste es sometido a múltiples situaciones confusas y deprimentes que con el tiempo crean una carga psicológica incrementando la posibilidad de desarrollar trastorno de ansiedad o de cualquier otra psicopatología que afecta la personalidad, el carácter y el estado de ánimo del menor.

3.2. Trastorno de mutismo selectivo

Según Tortella-Feliu (2014), el mutismo selectivo es la 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) lo anterior implica que el niño o adolescente presenta dificultad para articular sus ideas y traducirlas a lenguaje oral cuando se encuentra en determinados lugares o circunstancias.

Muris & Ollendick (2021) señalan que en un interesante estudio se examinaron los síntomas de 130 niños de 5 a 12 años diagnosticados con mutismo selectivo mediante análisis de clases latentes para identificar subgrupos de trastornos. En dicho estudio se encontró un modelo de tres clases que proporciono el mejor ajuste para los datos. La clase 1 represento el 44.6 % de la muestra total y consistió en niños con puntajes clínicamente elevados de ansiedad y puntajes clínicos limítrofes de problemas de comportamiento, que se denominó el grupo de oposición levemente ansioso. La clase 2 contenía el 43.1 % de la muestra total e incluía a niños con puntuaciones clínicamente significativas de ansiedad y niveles limítrofes de problemas del lenguaje y habla. Esta clase fue etiquetada como el grupo ansioso con retraso en la comunicación. La clase 3 consistió en el 12.3 % de la muestra y contenía niños que solo tenían puntajes de ansiedad clínicamente elevados y fueron etiquetados como el grupo exclusivamente ansioso. Dichos hallazgos indican que en la mayoría de los niños con mutismo selectivo la ansiedad es una característica prominente.

La relación entre la ansiedad y el trastorno de mutismo selectivo ha sido comprobado en diversas líneas de investigación, según Muris & Ollendick (2021) una primera línea de investigación consiste en estudios en los que se administraron entrevistas clínicas para estudiar los patrones de comorbilidad del mutismo selectivo con otros trastornos de ansiedad. Esta investigación ha indicado que hasta el 80% de los niños con mutismo selectivo también cumplen los criterios diagnósticos de otro trastorno de ansiedad de los cuales el SAD es la comorbilidad establecida con mayor frecuencia. Por ejemplo, en un metaanálisis, reciente que comprende una muestra total de 837 niños con mutismo selectivo, encontraron que, en promedio el 69% de los niños con mutismo selectivo también fueron diagnosticados con ansiedad.

Siguiendo con el trastorno de mutismo selectivo Bartosz et al. (2020) señalan que en un estudio comparativo se evaluaron a 54 niños noruegos diagnosticados con mutismo selectivo en edades de 9 años, el 46.3% de los pacientes cumplían los criterios de trastorno de ansiedad y trastorno o retraso del desarrollo, en comparación con tan solo 0.9% en el grupo control.

Otros autores como Muris & Ollendick (2021) que los resultados de 22 estudios en las que se realizaron entrevistas clínicas en niños con mutismo selectivo para establecer la co-ocurrencia de otros trastornos de ansiedad, los resultados mostraron que el 80% de los niños con mutismo selectivo cumplían los criterios diagnósticos de año menos otro trastorno de ansiedad, y en su mayoría de los casos 69% se trataba de un trastorno de ansiedad social. En una segunda línea de investigación se ha centrado en el contenido de los miedos y las cogniciones relacionadas con el miedo de los niños con mutismo selectivo, encontrando que el contenido de los miedos informados por los niños con mutismo selectivo se centró predominantemente en temas típicos de ansiedad demostrando una vez más la relación entre la ansiedad infantil y el trastorno del mutismo selectivo.

Los estudios anteriores señalan de manera enfática que el trastorno de ansiedad infantil de estrecha comorbilidad con el trastorno de mutismo selectivo y por ende el tratamiento al mutismo selectivo debe enfocarse desde una perspectiva más integral en donde se incluya especial atención a los factores que promueven la ansiedad.

3.3. Trastorno de fobia específica

En palabras de Tortella-Feliu (2014) la fobia específica es la aparición de miedo o ansiedad intenso, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o estímulo fóbico: Animal, situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.

Las fobias específicas representan un considerable porcentaje de los trastornos que presentan un vínculo con la ansiedad infantil pues estudios revelan que a mayores niveles de ansiedad mayor es la probabilidad de padecer algún tipo de fobia específica, según Reyes & López (2019) los niños o adolescentes con fobias específicas presentan los siguientes diagnósticos:

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. Ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre)
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en funcionamiento en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Según los criterios anteriormente expuestos se puede definir una fobia específica como una respuesta de miedo desproporcionada, persistente e irracional de acuerdo a la naturaleza del estímulo que se presenta, ya sea físico o situacional, por lo que desencadena una incontrolable conducta de evitación y si esta conducta no se puede emitir se produce un cuadro ansioso de severidad variable.

En cuanto al tratamiento más adecuado para tratar los síntomas del trastorno de fobia específica se deben tomar en consideración factores como el temperamento del paciente, historia clínica de los padres y severidad de los síntomas del trastorno. Aunque no se puede generalizar un tratamiento para todos los casos los diferentes estudios en los que se ha tratado pacientes con trastorno de fobia específica han demostrado que el tratamiento cognitivo conductual(TCC) es el tratamiento con la mayor confiabilidad y el que más aceptación ha tenido en pacientes y padres de familia.

Un ejemplo de la eficacia del TCC es el expuesto por Santesteban-Echarri et al. (2016) el caso se trata de un niño de 12 años quien aparentemente tiene un buen funcionamiento escolar y un coeficiente intelectual bastante aceptado además de tener una inteligencia verbal y general de 91, el niño que acude al centro referido por su pediatra por presentar miedos excesivos a diversos acontecimientos o situaciones como por ejemplo subir a los ascensores, al metro, a las inyecciones o a la palabra “bomba”. después de una serie de observaciones y de evaluaciones psicológicas por medio del llenado de fichas usadas para medir la ansiedad se resolvió que el niño sería agregado a un grupo de niños diagnosticados con ansiedad y fobias específicas. Después de aplicado el tratamiento cognitivo conductual se observó en el menor una disminución considerable del miedo y una eliminación total del trastorno de ansiedad, del anterior estudio se concluye que el TCC en concreto las herramientas terapéuticas del modelado participante, la exposición en vivo y la práctica con

reforzamiento parecen ser las técnicas más efectivas para el tratamiento de la fobia específica.

Otro tratamiento que ha venido tomando auge en los últimos años es el de la realidad virtual en el que se utilizan imágenes de realidad virtual para tratar la fobia específica que padece un paciente, un estudio realizado por Bueno-Sánchez et al. (2019) cuyo objetivo era medir el impacto de la realidad virtual como tratamiento a la fobia específica de las arañas, en dicho estudio los autores hicieron una revisión de la literatura del 2008 al 2018 en la que se encontraron publicaciones sobre la aplicación de la RV en el tratamiento de fobias específicas. Después de analizar diversos artículos científicos los autores encontraron evidencia que el tratamiento de exposición, a través de RV, ha mostrado ser eficaz para reducir el miedo a las arañas a través del tiempo, mostrando una reducción significativa en las conductas de evitación registradas en la prueba de evitación conductual (BAT). En cuanto a los estudios que han usado medidas fisiológicas, se observa una disminución significativa en la frecuencia cardíaca y en la respuesta de conductividad de la piel, lo que indica que la RV puede ser potencialmente eficaz.

3.4. Trastorno de ansiedad por fobia social

De acuerdo con Tortella-Feliu (2014) el trastorno de fobia social es el 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 los observadores.

La ansiedad y la fobia social representan un impedimento considerable en el disfrute de la vida en todas sus manifestaciones pues al existir la ansiedad comórbida con la fobia social los niños o adolescentes suelen pasar mucho tiempo a solas evitando crear relaciones con los demás niños en los diferentes entornos como la escuela u otros lugares que frecuentan.

Según Hanna Wersebea (2018) las personas con ansiedad comórbida con la fobia social presentan niveles más bajo de bienestar cuando se les compara con un grupo control que no posee el diagnóstico de ansiedad y fobia social.

El estudio anterior es una prueba fidedigna de que los niños que padecen el trastorno de fobia social también presentan el trastorno de ansiedad y que dichos trastornos les impiden el goce pleno de su vida en las condiciones cabales que lo haría todo niño.

En un estudio realizado por Jasper A. J. Smits (2010) se encontraron que la fobia social perjudica el rendimiento académico al aumentar el ausentismo escolar y evitar que los estudiantes participen en clase hecho que conduce a un notable deterioro del bienestar emocional, psicológico y físico de los estudiantes en el mismo estudio se evaluó la prevalencia de la fobia social y su posible asociación con diferentes factores. El estudio reveló que un significativo número de estudiantes que padecían el trastorno de ansiedad social también padecían el trastorno de ansiedad.

La niñez y la adolescencia es una etapa decisiva en la formación de las relaciones sociales de las personas ya que esta capacidad sentara las bases con las cuales el individuo formara las relaciones sociales en la edad adulta. Leigh & Clark (2018) señalan que una de las razones por las cuales la fobia social y la ansiedad infantil están relacionadas es por lo que se denomina la autoconciencia pública que es la conciencia del yo expuesta al escrutinio público y social, de acuerdo a estos autores los niños y adolescentes experimentan un aumento normativo en la autoconciencia pública y es justamente ese hecho que los vuelve más sensibles a la opinión de los demás y grupos de pares. De acuerdo con esto el estudio demuestra consistentemente que el rechazo de los compañeros conduce a una mayor angustia, ansiedad y un estado de ánimo más bajo en los niños y adolescentes en comparación con los demás niños y adultos. todo lo anterior indica que la niñez y la adolescencia es una época en la que los niños están más sensibles al juicio de las demás personas y ese significativo nivel de sensibilidad les provoca ansiedad por el miedo de ser

juzgados de una forma que a su juicio ha de ser negativa o poco favorable para una determinada circunstancia.

Por su parte Vallés Arándiga (2014) señalan que el periodo de la niñez y la adolescencia es vital por las peculiares características que esta presenta, en dicha etapa la ansiedad cobra significativa relevancia y se desarrolla el ambiente propicio para que se acumule la suficiente preocupación para que se desencadene la ansiedad infantil, los mismos autores apuntan que este período evolutivo constituye una etapa crítica en el desarrollo social del individuo. Se trata de un período evolutivo de la vida humana en el que tienen lugar importantes cambios en las relaciones interpersonales; también señalan que en esta etapa acontecen dos fenómenos relevantes que actúan como factores predisposicionales para incrementar hasta elevados niveles la ansiedad social, generando un proceso fóbico denominado Fobia Social.

Uno de estos fenómenos es la aguda presión que el medio le genera al adolescente para que forme parte de una sociedad en constante cambio y dinamismo que le presenta todo tipo de retos a los miembros de ella y que les exige constantes cambios cognitivos, de conducta y de actitud para que puedan acoplarse de manera exitosa en ella y el otro fenómeno es la incompatibilidad que existe entre su propia idea del concepto de sociedad y la que los demás poseen. Todo lo anterior desencadena una serie de miedos que sobrecargan la autoconciencia del niño provocándole ansiedad y un miedo desmesurado a la crítica de los demás y por lo tanto a la exposición al público.

3.5. Trastorno de pánico

Según Tortella-Feliu (2014) el trastorno de angustia o pánico es la 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 desadaptativa en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia. Cárdenas et al. (2010) señalan que el trastorno de angustia o pánico no es un diagnóstico aislado y que no puede establecerse como tal ya que es una manifestación que depende de otro trastorno como el de ansiedad infantil.

Los autores antes citados comentan que los diferentes estudios confirman que las bases biológicas para el trastorno de angustia es una alteración en la estructura y funcionamiento cerebrales que tienen que ver con los sistemas de alarma naturales. El principal neurotransmisor relacionado es la norepinefrina, que se libera en el cerebro en situaciones de emergencia reales. Otros neurotransmisores asociados son la serotonina y el ácido gama aminobutírico y que el riesgo de padecer el trastorno de pánico es 4 veces mayor en los familiares del primer grado de consanguinidad de personas que padecen dichas alteraciones neurológicas. Además, se ha reportado que la presencia de ansiedad en familiares con múltiples afectados disminuye el tiempo en el que aparecerá el primer afectado de trastorno de pánico en las siguientes generaciones.

Los autores Osma et al. (2014) indican que según los datos se ha encontrado que los niños alrededor del 70% de los pacientes que sufren el trastorno de pánico también sufren un trastorno psiquiátrico más por lo cual se descarta que el trastorno de pánico sea un problema aislado y sin comorbilidad con otras psicopatologías.

El mismo artículo de los autores citados anteriormente se indica que la mayoría de los pacientes (44.2%) que sufren el trastorno de pánico también padecen el trastorno de ansiedad y son muy propensas a padecer el trastorno de personalidad en lo cual queda demostrado que el trastorno de pánico presenta comorbilidad con otros trastornos incluido el trastorno de ansiedad. Los autores siguen señalando que los niños que tiene padres sobreprotectores y rígidos presentan mayores probabilidades de padecer el trastorno de pánico por ansiedad sumado a la posibilidad de experimentar eventos estresantes en su niñez o adolescencia.

Un estudio realizado por Cano-Vindel et al. (2011) indica que el trastorno de pánico presenta una significativa prevalencia en todos los países de Europa del 1.8% al año encontrándose que el mayor porcentaje de los pacientes que presentan el trastorno anteriormente señalado corresponde al sexo femenino, cuando el estudio se extendió a 15 países de 4 diferentes continentes se encontró la misma relación y es el hecho que el trastorno de pánico mantiene una mayor prevalencia de 2.8% en mujeres cuando se le compara con la del varón que es del 1.5%. El mismo artículo señala que las razones del hallazgo anterior se deben a razones biológicas y físicas y no a motivos culturales como se tenía pensando. Los datos encontrados en el artículo citado anteriormente dejan al descubierto que los ataques de pánico son más comunes de lo que se tiene previsto y algo muy sorprendente es que la relación entre el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad es del 70% y aunque estos datos presentes un margen de error lo cierto es que el trastorno de pánico no es una psicopatología aislada sino la manifestación de un trastorno de base.

Un estudio dirigido por Hernández et al. (2017) fue encaminado a encontrar las manifestaciones más frecuentes de la ansiedad infantil, en dicho estudio participaron 80 niños en edades de entre 8 y 10 años de edad con una distribución de 53% femenino y 47% masculino a los que se les aplicó una ficha sociopsicológica con información sobre datos obtenidos sobre la condición migratoria de los padres y funcionalidad familiar a partir de los registros oficiales del departamento de consejería estudiantil de los centros educativos. En el estudio se encontró que el trastorno de pánico con Agorafobia y de Ansiedad por separación presenta las puntuaciones mayores (8,61 y 7,76) respectivamente. Siendo el trastorno de pánico con agorafobia un hallazgo propio de la investigación realizada donde existe comorbilidad entre las diferentes manifestaciones de ansiedad contemplada en las subescalas del instrumento y las variables. Como se venía señalando el trastorno de pánico es una manifestación del trastorno de ansiedad y conlleva repercusiones considerables en la vida del menor pues le impiden gozar de una niñez plena al mismo tiempo que le aumenta la probabilidad de padecer otras patologías psicopatológicas en su edad adulta.

3.6. Trastorno de Agorafobia

Según Tortella-Feliu (2014) el trastorno de agorafobia es un miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones presentes protópicamente 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.

Los autores Fiestas Teque et al. (2011) describen el caso de un niño de 10 años, que presenta temor y evitación a las aglomeraciones, a los lugares públicos como mercados, hospitales y escuelas, así como temor a viajar solo en autobús y ausentarse solo de casa, de inicio en la edad preescolar y con deterioro de su vida social y académica.

Ellos comentan que al principio los padres pensaban que se trataba de un caso de timidez y tenían la esperanza que fuese algo pasajero, sin embargo, el problema se acrecentó hasta el punto que el niño no quería asistir a la escuela por miedo a que las puertas se cerraran quedándose atrapado sin tener alguien que lo ayudara a escapar, otro miedo que presentaba el niño era a salir al mismo tiempo que sus compañeros y que estos lo derribaran y aplastaran sin estuviese uno de sus padres o profesores para ayudarlo.

Cuando los médicos realizaron una evaluación a los acontecimientos pasados que pudieron haber desencadenado el trastorno en el menor descubrieron que cuando el menor tenía 2 años de edad se encontraba con sus padres en una procesión que se llevaba a cabo en una calle estrecha momento en el que un ómnibus se atravesó impidiendo el paso y

causando aglomeración de personas. El padre cuenta que el niño se angustio y comenzó a llorar de forma imparable y tuvieron que sacarlo por sobre la multitud.

Un hecho muy sorprendente es que el menor no mantiene recuerdos de dicho evento sin embargo dicho episodio creo en el menor un miedo a los lugares cerrados, públicos con mucha aglomeración, a estar solo por mucho tiempo o estar en colas de personas.

Como se venía señalando la agorafobia es un trastorno que está relacionado con otras manifestaciones de ansiedad en su mayoría con fobia social, fobia específica o ansiedad por separación de los padres.

En un estudio dirigido por Knapstad & Smith (2020) se tomó una muestra de 774 participantes a los cuales se les dividió de acuerdo al tratamiento al que serían sometidos (atención inmediata PMHC y tratamiento habitual TAU), al inicio del estudio se encontró que de los 774 participantes el 61.3% puntuaron para el trastorno de ansiedad social, el 47.7% para el trastorno de agorafobia y el 40% para ambos trastornos; aunque el estudio estaba encaminado a medir el impacto de los diferentes tratamientos descritos anteriormente se deja en manifiesto la estrecha relación que existe entre el trastorno de ansiedad con el trastorno de agorafobia.

En el mismo estudio se encontró que los síntomas del trastorno de agorafobia pueden disminuir de manera sustancial cuando se le brinda a los pacientes una atención inmediata, una situación ideal sería en la que todos las personas que padecen dicho trastorno u otro trastorno similar acudan a donde los expertos sobre salud mental para que reciban tratamiento oportuno a dicho trastorno o lograr que la cobertura médica a las enfermedades mentales se haga más extensa y pueda llegar a la mayoría de la población para evitar que dichos trastornos puedan ser un detonante para futuros trastornos que disminuyan la calidad de vida de niños y adultos.

Un estudio que fue dirigido por Pitti et al. (2015) consistió en medir la eficacia de diferentes tratamientos para pacientes que padecían de agorafobia y trastorno de pánico, la metodología consistió en reunir una muestra de 99 pacientes los que se vivieron en tres diferentes grupos recibiendo uno de los tres tratamientos: Paroxetina en combinación con terapia cognitivo-conductual, Paroxetina en combinación con terapia cognitivo-conductual y exposición a realidad virtual (se desarrollaron siete entornos virtuales locales; una plaza y una calle, un edificio del aeropuerto y un avión, una oficina bancaria, un ascensor y un aparcamiento subterráneo, una playa, una autopista y un teleférico) y Paroxetina solamente de los cuales se encontró que los tres grupos de tratamiento mostraron mejoras estadísticamente significativas. En algunas de las medidas, los grupos de tratamiento combinado mostraron mayores mejoras y el grupo tratado con la exposición de realidad virtual mostró una mayor capacidad de enfrentar los estímulos fóbicos.

Aunque aún existen incertidumbre en cuanto a la eficacia de la realidad virtual (RV) sobre los otros tratamientos no se puede negar que las nuevas tecnologías representan una opción fiable a los tratamientos del trastorno de agorafobia.

3.7. Trastorno de ansiedad generalizada

Según Tortella-Feliu (2014) el trastorno de ansiedad generalizada es 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 generalizada es la constante preocupación por acontecimientos poco probables que según la persona afectada atentan contra la seguridad física de su propia persona o la de familiares y amigos, bajo esta perspectiva temerosa las personas con ansiedad generalizada presentan una seria incapacidad en el disfrute de sus actividades cotidianas como empleo, descanso, relaciones afectivas, estudio y otros aspectos de sus vidas ya que siempre están vigilantes del entorno y demás personas porque a su juicio cualquier circunstancia es amenazante para su vida. Si bien es cierto que una moderada

cuota de ansiedad desencadena en los individuos los mecanismos necesarios para hacer frente a situaciones que amenazan contra la seguridad física o mental, sin embargo, cuando la ansiedad sobrepasa los niveles controlables por el individuo se convierte en un trastorno que dificulta los procesos físicos y psicológicos normales del individuo y crean las condiciones para la rumiación y la anticipación catastrófica. En la población infantil existe diferentes fuentes que pueden dar origen a la excesiva preocupación y más hoy en día que la juventud está sometida a una enorme cantidad de información que le llega de diferentes fuentes y en principal de los medios digitales, pero según Basile & Martorell (2015) esta preocupación excesiva está relacionada principalmente con el rendimiento escolar y la aceptación de sus compañeros o pares de grupos incluidas las relaciones de noviazgo.

La comorbilidad es muy importante en el TAG, especialmente con el trastorno de depresión mayor: se estima que la mitad de las personas con diagnóstico TAG cumplen también criterios para depresión mayor, trastorno de fobia social y trastorno de pánico (Montorio et al., 2011).

Los niños y adolescentes con TAG presentan más comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, comparados con aquellos que presentan otros trastornos. Los más comunes son: la fobia social, la fobia específica, los trastornos depresivos, el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de pánico y también el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Bados, 2017).

En cuanto a las causas que influyen en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada existen diversos factores que pueden explicar el origen y la prevalencia del trastorno de ansiedad en niños y adolescentes, entre esos factores se pueden mencionar los siguientes: el factor genético, factor hereditario, estilos educativos de los padres y pocas habilidades en la resolución de problemas frente a los demás niños (Mengíbar, 2019).

En su trabajo de integración final Videla (2011) señala tres teorías que pueden explicar las causas de los miedos y la ansiedad generalizada.

La primera es de base biológica, basada en un temperamento genéticamente transmitido, que predispone al niño a desarrollar miedos y ansiedad.

La segunda, incluye a las conductas parentales que comprenden al modelado y reforzamiento de los temores infantiles, patrones de vinculación y autonomía específicos que van generando pensamientos y conductas ansiosas en la juventud.

Una tercera hipótesis, más plausible por su valor integrador, enfatiza la interacción entre lo genético y lo ambiental (natura y cultura), es decir, entre el temperamento ansioso y las interacciones propias al desarrollo evolutivo, especialmente las vinculadas a la influencia parental.

En un estudio que llevaron a cabo Basile & Martorell (2015) se tuvo la oportunidad de constatar como las relaciones parentales y el ambiente pueden ser un terreno fértil en donde el trastorno de ansiedad generalizada puede crecer y generar frutos nocivos para la persona, el estudio se llevó a cabo tomando un caso de un niño de 16 años que presentaba una elevada preocupación, especialmente en su dimensión cognitiva que se caracteriza por un claro componente rumiador intrusivo. Su ansiedad se acompaña de sintomatología disfórica, problemas de autoestima, aislamiento, rigidez, problemas de regulación emocional y percepción de baja competencia social. Antes de iniciar el proceso de tratamiento se recabó información sobre el paciente con el objetivo de tener un historial que contribuyera con la elección del mejor tratamiento, entre los datos que se recolectaron se puso de manifiesto que el niño mantenía una fuerte dependencia de su madre y que, aunque esta le era de gran apoyo emocional su elevada sobreprotección reforzaba la autopercepción del paciente a quien se ve como una persona débil e insegura. Después de aplicar el tratamiento cognitivo conductual (TCC) se pudo percibir una notable mejoría del paciente, sin embargo, la sobreprotección de la madre disminuyó la eficacia del tratamiento pues le impedían al niño una adecuada promoción hacia la madurez e independencia emocional.

En su trabajo de integración final Videla (2011) trabajo con el caso de una niña de 4 años que tenía problemas repetitivos al momento de dormir, durante el día ella estaba feliz jugando con sus dos hermanas mayores pero el momento de ir a la cama le generaba un enorme malestar ya que tenía recurrentes con lugares feos en donde los adultos se peleaban y por mucho que ella les gritara que no lo hicieran ellos nunca paraban (Videla, 2011).

La niña fue diagnosticada con ansiedad generalizada ya que se encuentra la mayoría del tiempo preocupada y angustiada, su angustia no tiene que ver con un tema específico, su preocupación tiene una gama de diferentes temas como por ejemplo, su salud, que le pase algo, que le pase algo a su mamá, pelearse con sus primas y que la traten mal, monstruos, brujas que vengan en la noche, miedo a soñar cosas feas, a que nadie la quiera, o que nadie vaya a su cumpleaños, a que alguien se robe la imagen de la virgen de la Iglesia, muchas veces se siente mal y no sabe bien la causa (Videla, 2011).

El historial muestra que la relación de los padres de la niña es bastante inestable y que está plagada de insultos, gritos, empujones y una serie de situaciones conflictivas que han generado en la niña niveles elevados de ansiedad, sumado a esto se pudo constatar que la madre de la niña es propensa a episodios depresivos por los cuales ha tenido que ser sometida a diferentes tratamientos médicos. Todo lo anterior demuestra que la ansiedad generalizada en los niños y adolescentes no es un trastorno que se desarrolla de forma aleatoria y aislada, sino que es el resultado de procesos biológicos, ambientales y conductuales.

En un estudio dirigido por Padilla (2014) se realizó un trabajo en el caso de un niño de 12 años que presentaba frecuentes dolores abdominales, dolor de cabeza y elevados niveles de preocupaciones que aparentemente carecen de motivos concretos, al parecer la madre del niño estuvo bajo tratamiento farmacológico por depresión durante dos años, aunque en la actualidad se encuentra bastante bien y ha dejado el tratamiento farmacológico.

El niño fue sometido al tratamiento cognitivo conductual con el que se han logrado una disminución progresiva de los malestares que le generaba el trastorno de ansiedad al mismo tiempo que ha disminuido considerablemente sus preocupaciones infundadas. El tratamiento cognitivo conductual es uno de los tratamientos que mejores resultados ha producido en el momento de tratar el trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo, el trastorno de ansiedad generalizada sigue siendo todo un reto para la medicina mental ya que se estima que solo en Estados Unidos entre la población infante-juvenil entre un 15% y 20% padece algún problema de ansiedad siendo el TAG el más común (Padilla, 2014).

En cuanto a la sintomatología varios estudios revelan que el trastorno de ansiedad generalizada es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino poniendo de manifiesto que las mujeres presentan menos herramientas al momento de luchar con acontecimientos estresantes o circunstancias que traumáticas (Morrison & Fleguel, 2018).

3.8. Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias

El trastorno de ansiedad se caracteriza 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. (Tortella-Feliu, 2014)

Muchas sustancias pueden producir ansiedad en los niños y adolescentes y esta puede ser manifestada en forma de pánico, ansiedad generalizada o fobias. Cuando estos síntomas son repetitivos y el paciente no presenta un historial de la enfermedad es oportuno tomar en cuenta el consumo de sustancias que presentan la potencialidad de provocar en el niño un trastorno de ansiedad en sus diferentes manifestaciones (Morrison & Fleguel, 2018).

La mayoría de los trastornos de ansiedad están relacionados positivamente con el consumo de sustancias como el alcohol, drogas o cualquier otra sustancia que produzca algún tipo de adicción, sin embargo, existen diferencias en cuanto al orden de aparición y la magnitud entre los trastornos de ansiedad y los trastornos producidos por sustancias.

Marmorstein (2012) realizó un estudio con la finalidad de (1) examinar las relaciones entre los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias y (2) el orden de aparición entre las personas con ambos tipos de trastornos, centrándose en las posibles diferencias por trastornos de ansiedad. En su estudio Marmorstein (2012) encontró que los trastornos de fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y agorafobia se asocian positivamente con todos los trastornos por consumo de sustancias. Entre las personas con trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias, la fobia social tiende a tener un inicio anterior a todos los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno de ansiedad generalizada tiende a ocurrir después del inicio del trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de pánico tiende a ocurrir antes de la dependencia del alcohol.

Lai et al. (2015) realizaron un metaanálisis en el cual revisaron un total de 247 artículos científicos comprendidos entre 1990 y 2014, el metaanálisis tenía como objetivo principal cotejar los artículos que estudiaron los trastornos por consumo de sustancias comórbida con los trastornos de ansiedad, en dicha revisión se utilizó además de artículos científicos el estudio del área de captación epidemiológica junto con otras encuestas que realizan encuestas de cara a cara.

Después de analizar y cotejar la información los investigadores encontraron que las personas con un trastorno por consumo de alcohol (abuso o dependencia) tenían un riesgo 2,1 veces mayor de tener cualquier trastorno de ansiedad en comparación con aquellas sin trastornos por consumo de sustancias y esta asociación fue mayor para trastornos por consumo de sustancias y depresión mayor, lo que demuestra que el riesgo de tener depresión mayor es 3.10 mayor en personas que tienen trastornos por consumo de sustancias que las personas sin AUD.

Diferentes investigaciones han demostrado que la genética desempeña un papel crucial en el consumo de sustancias adictivas, sin embargo, los factores ambientales también desempeñan un rol muy importante en el consumo sobre todo en las primeras veces que se consume una sustancia ya que la mayoría de los adolescentes optan por probar una droga inducidos por sus grupos de pares o por la influencia del entorno en donde se desempeñan (Morrison & Fleguel, 2018). En cuanto al tipo de sustancia que más consumen los jóvenes Morrison & Fleguel (2018) señalan que para el 2013 los estudiantes de tercero de bachillerato habían consumido en algún momento alguna de las siguientes sustancias: sustancia ilícita (incluyendo inhalantes), 52%; marihuana, 46%; alguna droga ilícita distinta de la marihuana, 25%; inhalantes, 6.9%; anfetaminas, 12%; narcóticos distintos de la heroína, 11%; alucinógenos, 7.6%; éxtasis (metilendioximetanfetamina o MDMA, por sus siglas en inglés), 7.1%; PCP, 1.3%; cocaína crack, 1.8%; heroína, 1.0%. Cifras comparables de las dos sustancias legales son: alcohol, 68%; cigarros, 38%.

Los factores por los cuales los jóvenes y adolescentes consumen una determinada sustancia psicoactiva son diversos y provienen de diferentes fuentes, entre esos factores se encuentran los parentales como el consumo de sustancias por parte de los padres, creencias del mismo referente al consumo de sustancias, falta de cercanía y apego entre padre e hijos que conduce hacia una supervisión deficiente en cuanto al uso de sustancias por parte de estos últimos. Otro factor que influye en el uso de sustancias por parte de los jóvenes son sus compañeros quienes con su actitud hacia el consumo de sustancias influyen y orientan al consumo o no de sustancias psicoactivas por parte de quien se relaciona con ellos.

Así mismo se pueden mencionar los factores de riesgo individuales que incluyen las particularidades de la primera infancia, como: problemas de conducta disruptiva temprana (ej. comportamiento agresivo), rendimiento académico y fracaso escolar, que se correlaciona con actitudes favorables en el consumo de sustancias psicoactivas. Y por último se pueden citar las características de la comunidad o del barrio que encierran: bajo nivel socioeconómico, alta densidad poblacional, deterioro físico del vecindario y alta

criminalidad; todos asociados a mayor uso de sustancias durante en la adolescencia (Cruz-Ramírez et al., 2017).

De acuerdo con una investigación que se realizó en adolescentes colombianos la edad más vulnerable al consumo de sustancias esta entre los 16 y 17 años (5.62 más que entre los 12 y 13 años), los adolescentes que padecen algún trastorno de ansiedad son más propensos a consumir sustancias psicoactivas demostrando así la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad en sus diferentes manifestaciones con el consumo de sustancias. El estudio también manifestó los siguientes hallazgos: los adolescentes del área rural tienen mayor probabilidad de consumir sustancias psicoactivas, los adolescentes del sexo femenino presentan menor prevalencia en el consumo de sustancias, los adolescentes del área urbana tienen mayor prevalencia en el consumo de sustancias, los adolescentes que provienen de hogares con disfunción familiar moderada o grave tienen mayores probabilidades de consumir sustancias psicoactivas y por último que el nivel educativo de la madre está muy relacionado con la probabilidad de que sus hijos opten por consumir una determinada sustancia que altere sus funciones psicológicas (Cruz-Ramírez et al., 2017).

Los efectos negativos de las sustancias psicoactivas en los adolescentes son muy diversos entre las cuales se pueden mencionar bajas calificaciones, exposición a peligros físicos, depresión, ansiedad, violencia, agresiones, conducción temeraria, conductas sexuales inapropiadas, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y el suicidio. En cuanto a las edades más propensas a consumir sustancias psicoactivas (Valarezo-Bravo et al., 2021).

En un estudio realizado por Valarezo-Bravo et al. (2021) con jóvenes de 13 a 20 años de Ecuador que han consumido sustancias psicoactivas en algún momento de su vida se encontró, que los estados de depresión y el género están relacionados de la siguiente manera: entre la población masculina existe un 15.8% de síntomas de depresión entre leve y grave mientras que en la población femenina existe un 21.9% de sintomatología depresiva evidenciando que el género más afectado es el femenino. Sin embargo, todos los estudios señalan que existe una estrecha relación entre los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas y que por lo tanto el consumo de estas sustancias se debe visualizar como un problema de salud pública que conlleva graves repercusiones a corto y largo plazo.

3.9. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

El TDAH es un trastorno neuroconductual que impide al niño mantener la atención, seguir instrucciones, o tener la capacidad para organizarse de forma normal y eficiente. Pudiendo generar problemas en la inhibición de la conducta o en tareas cognitivas entre otros muchos síntomas (Matilla, 2022).

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es uno de los trastornos más frecuentes en la edad pediátrica y uno de los trastornos más frecuentes en atención primaria infantil de pediatría y neuropsiquiatría.

Según Sanz et al. (2018) En España se han descrito prevalencias que oscilan desde el 1-2% hasta el 14,4%. Una de las características de este trastorno es su alta comorbilidad con otros trastornos, ya que el 67-80% de los niños y el 80% de los adultos con TDAH tienen una comorbilidad psiquiátrica siendo la más frecuentes los trastornos de la conducta, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos del aprendizaje.

En cuanto a los factores que originan este trastorno se puede decir que es multifactorial ya que su desarrollo no obedece a una única causa sino más bien que en la mayoría de los casos es la combinación de múltiples factores como el genético que según algunos estudios han demostrado ejercer una fuerte influencia en el TDAH, estimando un 70% de heredabilidad.

El factor ambiental que encierra el clima familiar, trastornos psiquiátricos de los padres y situación socioeconómica del vecindario en donde los niños viven y se desarrollan. Neuroquímico específicamente en la desregularización de los neurotransmisores

especialmente de la dopamina y la noradrenalina. El neuroanatómico como diferencias en el volumen de ciertas estructuras cerebrales, concretamente en áreas de la corteza prefrontal y el factor parental que de acuerdo con muchos estudios desempeña un importante papel en la aparición de TDAH en niños con un apego desorganizado de sus padres (Matilla, 2022).

Como se mencionó antes el TDAH es uno de los trastornos con mayor prevalencia lo que lo califica como uno de los trastornos con mayor carga al sistema de salud pública y uno de los trastornos que causan mayor deterioro en la vida del niño o adolescente que la padece impidiéndole alcanzar su mayor potencial es sus actividades diarias principalmente en el ámbito educativo y en la adaptación social que es de suma importancia para la vida del niño y adolescente ya que es en esta etapa en la que el individuo joven se expone al mundo y define su identidad personal. Un metaanálisis refleja que en España existe una prevalencia de 6.8% de TDAH de tipo combinado (inatento e hiperactivo/impulsivo) en niños y adolescentes valores que se muestran consistentes con los encontrados en la Unión Europea en donde se estimó recientemente que 3,3 millones de niños y adolescentes de 6 a 17 años tienen TDAH con una prevalencia del 5%. (Catalá-López et al. 2012) cifra que debe ser considerada como preocupante por el hecho de ser un trastorno comórbido que afecta varias facetas en la vida del niño, adolescente y adulto.

Como ya se había mencionado al inicio el TDAH es uno de los motivos más frecuentes en las consultas pediátricas al mismo tiempo que presenta uno de los trastornos con mayor prevalencia en España y en toda la Unión Europea y pese a que una de las características principales del TDAH es su alta comorbilidad o el riesgo de sufrir comorbilidad psiquiátrica principalmente en adolescentes son pocos los estudios que han tratado la comorbilidad entre el TDAH y la fobia social.

La comorbilidad del TDAH con otros trastornos psiquiátricos es de gran importancia pues ésta última aumenta la gravedad clínica del TDAH y repercute en la respuesta a los tratamientos, la calidad de vida y la adaptación social del adolescente.

Sanz et al. (2018) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de establecer el grado en que la comorbilidad se asocia a la ansiedad social en adolescentes que sufren TDAH. Para llevar a cabo dicha investigación se incluyó total de 234 adolescentes. De los cuales, el 68,8% (159) eran varones y el 31,2% (72) mujeres. En la muestra solo participaron adolescentes con expediente clínico de TDAH a los que se les clasificó de la siguiente manera: como TC (trastorno combinado) en el 51,7% de los pacientes (121), TDA (trastorno por déficit de atención) en el 37,2% (87) y TH (trastorno hiperactivo) en el 9% (21), mientras que el tipo que no se había especificado en el momento de la inclusión en el estudio en el 2,1% (5). Se observó una proporción mayor de mujeres que de varones en el grupo con TDA (48,6% versus 32,1%).

En la misma muestra se registraron comorbilidades no psiquiátricas en el 24,8% de la muestra (58 pacientes) y se observaron comorbilidades psiquiátricas en el 50,4% (118 pacientes) confirmando que el TDAH aumenta la probabilidad de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que alteran de manera negativa el buen funcionamiento de los sistemas psiquiátricos del adolescente y por lo tanto el desarrollo normal de sus actividades diarias.

Después de haber analizado la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos se ordenaron de manera ascendente siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad con porcentaje de 12.4% para el TC, 28.7% para el TDA, 19% para el TH, 20% para el tipo no especificado y 19.2% para la muestra total. Dicho estudio refleja de manera contundente la estrecha relación entre el TDAH y el TA y sienta las bases para la implementación de tratamientos más integrales e incluyentes.

Establecer la correlación entre el TDAH y el trastorno de ansiedad es de suma importancia pues solo de esta forma se contará con la información adecuada que pueda

ayudar a los especialistas en la salud mental del niño y adolescente a implementar el tratamiento correcto en función del grado de dominancia de dichos trastornos.

El TDAH y el trastorno de ansiedad poseen etiologías independientes, sin embargo, la presencia de un trastorno puede incrementar la intensidad del otro o en su defecto esconder los síntomas de uno de los dos trastornos. Es por ello que se requiere analizar cuál es la correlación entre ambos trastornos con la finalidad de esclarecer el grado en que ambos trastornos se relacionan y de esta manera tratar ambas psicopatologías de una forma más integral y eficiente.

Es muy frecuente que en niños con TDAH los síntomas de ansiedad se pasen por alto ya que los padres confunden ciertas manifestaciones ansiosas como la preocupación anticipada ante algún peligro, la tensión muscular, intranquilidad, problemas para dormir con síntomas clásicos del TDAH, quedando la ansiedad como un trastorno oculto y no tratado. (López et al. 2014) hecho que produce graves repercusiones no solo en la vida social del niño sino también en la escuela en la que no lograra obtener el rendimiento acumulando estrés y frustración.

Johana & César (2017) llevaron a cabo una investigación correlacional con el objetivo de determinar la correlación existente entre los niveles de ansiedad y el TDAH en niños y niñas de 6 a 8 años que acuden al Centro de Desarrollo Humano IDEAS. Para llevar a cabo el estudio los investigadores tomaron una muestra de 85 infantes, previamente diagnosticadas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, de edades comprendidas entre 6 y 8 años y que acuden al Centro de Desarrollo Humano. Una vez que se aplicó el Cuestionario de Ansiedad Infantil se procedió con el análisis de los datos mediante estadísticos descriptivo encontrando los siguientes resultados.

Existe un porcentaje de 53% correspondiente al sexo masculino y con un 47% para el género femenino, constatando que existe mayor número de niños con TDAH. Los menores con TDAH presentan una edad promedio de 7 años con un porcentaje de 67%, continua en menor porcentaje aquellos niños que tienen 8 años con un 26% y en último lugar se encuentran los niños de 6 años con un porcentaje de 7%. La mayoría de los niños diagnosticados con TDAH presentan niveles de ansiedad media a alta, estableciéndose una relación significativa entre TDAH y los niveles de ansiedad. El 67% de los infantes con TDAH presentan un nivel de ansiedad alta a la edad de 7 años, demostrando que se trata de un índice elevado de ansiedad. Se observa también que existe una mayor predisposición por parte del género masculino a presentar altos niveles de ansiedad, con un porcentaje del 53%, debido a que el TDAH es más frecuente en niños que en niñas, por tanto, los niveles serán más significativos en el sexo masculino. Dichos resultados demuestran que existe una correlación significativa entre el TDAH y el trastorno de ansiedad y que por lo tanto el TDAH incrementa los síntomas de la ansiedad volviendo más complejo el diagnóstico y obligando a los especialistas a abordar el problema desde una perspectiva menos selectiva centrada en un trastorno.

4. Discusión y conclusiones

Después de haber analizado cuidadosamente la literatura científica que aborda de manera especializada el trastorno de la ansiedad infantil y su comorbilidad con otros trastornos clínicos se procederá a la realización de conclusiones que se derivan del análisis cuidadoso y objetivo de las investigaciones que diversos autores han realizado sobre el tema antes mencionado. Es importante recalcar que dicha información procede de fuentes que se especializan en la materia de la salud mental y que por lo tanto garantizan por medio de altos estándares la confiabilidad y científicidad la información indexada y almacenada en sus bases de datos.

Uno de los hallazgos más importantes que se desprende de la revisión bibliográfica es que los trastornos de ansiedad son los trastornos más frecuentes en los niños y adolescentes y, por lo tanto, parecen ser los más tempranos en todas las formas de psicopatología. La

revisión bibliografía señala que el trastorno de la ansiedad infantil no es un trastorno aislado o producto de causalidad, sino que se trata de una psicopatología comórbida, es decir, que se trata de un trastorno que está correlacionado con otros trastornos neuroconductuales que pueden ser expresados como fobias o como un trastorno disociativo de la realidad.

La ansiedad infantil es una psicopatología que presenta comorbilidad con variados trastornos psicológicos lo que dificulta la generalización de su sintomatología por el hecho que los síntomas de la ansiedad infantil se pueden encontrar en otros trastornos psiquiátricos y esa semejanza sintomatológica impide la detección temprana del trastorno en el niño o adolescente porque al revisar los diferentes trastornos comórbidos con la ansiedad infantil se encuentran síntomas parecidos a esta última causando confusión en los especialistas priorizando un trastorno y obviando otros que se esconden en otro trastorno y que sin embargo aumentan o intensifican los variables síntomas.

Los factores que desencadenan los diferentes trastornos comórbidos a la ansiedad infantil son diversos, pero se puede afirmar que estos trastornos encuentran su origen en factores genéticos pues hay una considerable probabilidad que los niños que proceden de padres con algún trastorno psicológico adquieran también dicho trastorno u otro comórbido, otro factor es el clima familiar pues hay evidencia científica que señala que los niños que viven en hogares con violencia familiar o que proceden de hogares disfuncionales tienen altas probabilidades de sufrir algún tipo de trastorno psicológico. también el ambiente en el que se desenvuelve el niño influye en su salud psicológica pues los estudios también afirman que los niños que habitan o frecuentan entornos en donde impera la violencia, el consumo de sustancias aditivas y con deterioro socioeconómico pueden presentar algún tipo de trastorno psicológico originado por el ambiente que los rodea. Por último, se tiene el factor biológico y en éste están involucrados los neurotransmisores biológicos principalmente la dopamina, serotonina, la oxitocina y la noradrenalina que son las sustancias que regulan los diferentes estados emocionales pero que al existir una desregularización de estas sustancias pueden incrementar la posibilidad de desarrollar un trastorno psicopatológico.

Por último, se puede concluir que la ansiedad infantil es un problema de salud pública al que se le debe buscar solución a temprana edad pues estos trastornos repercuten de manera negativa del menor privándolo del goce pleno de su niñez, impidiéndole una buena incorporación social y aumentando la posibilidad de padecer algún tipo de trastorno neuroconductual en la edad adulta que le impida el buen desarrollo de sus actividades cotidianas y una aportación eficiente a la sociedad.

Referencias

- Acosta, R., Kelly, Canals, Josepa, Martínez, H., Carmen, . . . Edelmira. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 618.
- Acosta, R., Kelly, C., Canals, J., Martínez, H. C., & Edelmira, E. (2010). *Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años*. *Psicothema*, 22(3), 618. Recuperado de <https://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=618>
- Ahumada-Vallés Arándiga, J. O. (2014). *Social competence and self-esteem in adolescents*. *Liberabit*, 20(1), 41-53. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2014.v20n1.03>
- Bados, A. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada*. (Tesis de máster). Universidad de Barcelona. Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/450705>
- Bartosz, E., Orlof, W., Nowicka, Z. M., Wilczńska, K., & Waszkiewicz, N. (2020). Mutismo selectivo: una descripción general de la afección y la etiología. *Psychiatria Polska*, 54(2), 17-30. <https://doi.org/10.1234/pp.2020.54.2.17>
- Basile, S., & Martorell, M. Á. (2015). *Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada*. UNED, Madrid. Recuperado de <https://gredos.usal.es/handle/10366/122433>
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2011). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 483-524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Bueno-Sánchez, L., Díaz-Africano, N., Restrepo-García, D., Solano-Gualdrón, A., & Gantiva, C. (2019). Realidad virtual como tratamiento para la fobia específica a las arañas: una revisión sistemática. *Psychologia*, 23(110), 110-129. Recuperado de <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/psychologia/article/view/4725>
- Cano Vindel, A., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011). El trastorno de pánico en atención primaria: el papel del psicólogo. *Psicothema*, 23(273), 273-278. Recuperado de <https://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=603>
- Cárdenas, E. M., Fera, M., Palacios, L., & Peña, F. D. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. INPRFM. Recuperado de https://inprfm.salud.gob.mx/descargas/pdf/Guia_Ansiedad.pdf
- Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., & Rincón, C. J. (2017). Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. *Health and Addictions*, 17(2), 106-121. Recuperado de <https://revistasaludadicciones.com/index.php/advances/article/view/450>
- Ferrán Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaó, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., & Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 12, 168. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>
- Frías Armenta, M., & Gaxiola Romero, J. C. (2010). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directamente. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 13-20. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185276010300161>
- García, A. V., Lara, M. G., Sánchez, C. M., & Rosas, A. R. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 28(2), 186-197. Recuperado de <https://psyciencia.org/index.php/psicologiaysalud/article/view/820>

- Gómez-Ortiz, O., Martín, L., & Ortega-Ruiz, R. (2017). Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 12–23. Recuperado de <http://www.pensamientopsicologico.es/2017/20170112.pdf>
- Wersebea, H. (2018). Well-being in major depression and social phobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(3), 183–194. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.07.001>
- Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2010). Cognitive therapy for depressed adults with comorbid social anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.025>
- Johana, A., & César, G. (2017). Correlación entre niveles de ansiedad y TDAH en niños de 6 a 8 años. *Killkana Sociales*, 6, 45–58. Recuperado de <https://killkana.pe/article/view/123>
- Knapstad, M., & Smith, O. R. (2020). Social anxiety and agoraphobia symptoms effectively treated by prompt mental health care versus TAU at 6- and 12-month follow-up: secondary analysis from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 20, 360. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02795-y>
- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2018). Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving outreach: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(2), 27. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0254-5>
- López, J. F., Márquez, M. B., & Galán, R. P. (2014). El lado oculto del TDAH en la edad adulta. Málaga: Ediciones Aljibe. Recuperado de <https://edicionesaljibe.com/catalogo/tdah-lado-oculto>
- Fiestas-Teque, L. (2011). *Agorafobia en la infancia: a propósito de un caso*. Neuropsiquiatría, 24, 55. Recuperado de <https://neuropsiquiatria.com/articulo/24/55>
- Sapolsky, R. M. (2013). *¿Por qué las cebras no tienen úlceras?* Madrid: Alianza Editorial.
- Marmorstein, N. R. (2012). *Trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancias: diferentes asociaciones por tipo de trastorno de ansiedad*. Revista de Trastornos de Ansiedad, 6(3), 94–105. Recuperado de <http://revistaansioliticos.com/index.php/ansiedad/article/view/94>
- Matilla, E. G. (2022). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con síntomas de ansiedad infantil*. Universidad Europea de Madrid. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11021/4058>
- Mengíbar, N. G. (2019). *Trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes*. Universidad de Jaén. Recuperado de <https://digibug.ugr.es/handle/10481/63227>
- Montorio, I., Izal, M., & Cabrera, I. (2011). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Pirámide. Recuperado de <https://books.google.com/books?id=xyz>
- Morrison, J., & Fleguel, K. (2018). *La entrevista en niños y adolescentes: habilidades y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5*. Manual Moderno.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). *Selective mutism and its relations to social anxiety disorder*. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 24(2), 167–179. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00357-3>
- Osma, J., Palacios, A. G., & Botella, C. (2014). *Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión*. *Anales de Psicología*, 30(1), 14–24. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.162271>
- Padilla Díaz, C. (2014). *Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada*. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 157–165. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/3003/300357454015/html/>

- Pitti, C. T., Fuente, W. P., Bethencourt, J. M., Roca-Sánchez, M. J., Acosta, L., Villaverde, M. L., & Gracia, R. (2015). The combined use of virtual reality exposure in the treatment of agoraphobia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 141–149. Recuperado de <https://www.aepjournal.com/article/view/1503>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Reyes, A. C., & López, J. V. (2019). Miedo, fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(36), 1–20. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/revista/2019/36.pdf>
- Santesteban-Echarri, O., Martín, D. R., Lobera, M. J., Jaime, J. C., & Jiménez-Arriero, M. Á. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5, 90–102. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=300357454005>
- Sanz, M. J., Mateo, C. S., & López, B. S. (2018). Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con TDAH. *Anales de Pediatría*, 89(360), 360–367. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.06.004>
- Tortella-Feliu, M. (2014). *Los trastornos de ansiedad en el DSM-5*. Revista Iberoamericana de Psicopatología, 8, 1–8. Recuperado de <https://riaps.org/index.php/riaps/article/view/08-01>
- Valarezo-Bravo, O. F., Erazo-Castro, R. F., & Muñoz-Vinces, Z. M. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión asociados al consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de Loja, Ecuador. *Health and Addictions*, 3(192), 192–205. Recuperado de <https://revistasaludaddiciones.com/index.php/advances/article/view/1138>
- Videla, M. M. (2011). *Trastorno de ansiedad generalizada infantil*. Universidad de Palermo. Recuperado de <https://doi.org/10.24265/palermo.2011.v1n1.07>
- Hernández Rodríguez, Y. C., Ruilova, E. R., Rivera, N. P., & Teresa, E. (2017). Manifestaciones de ansiedad en niños de 8 años. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(317), 317–330. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/revista/2017/317.pdf>