

Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad

Somatic manifestations in a group of adolescents with anxiety disorders

María de la Concepción Galiano Ramírez, Teresa Castellanos Luna, Teresa Moreno Mora

Servicio de Psiquiatría. Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la ansiedad es el síntoma psiquiátrico más prevalente en la sociedad moderna, también en la infancia y adolescencia.

Objetivo: caracterizar un grupo de adolescentes ansiosos, la intensidad de la ansiedad, las manifestaciones clínicas y las áreas de conflictos.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo con técnicas cuanti-cualitativas en 30 adolescentes entre 11 y 16 años de edad, con ansiedad de más de 6 meses de evolución, seleccionado aleatoriamente, que dieron el consentimiento para ser incluidos en el estudio. Fueron atendidos por Psiquiatría Infantil del Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana, entre enero y junio del año 2014. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, intensidad de la ansiedad, manifestaciones clínicas y áreas de conflictos. Se realizó historia social psiquiátrica, examen psiquiátrico, entrevista psicológica, *test* IDAREN y de Frases Incompletas de Rotter.

Resultados: 77 % tienen entre 11 y 14 años, 73 % es del sexo femenino, con nivel medio y alto para la ansiedad-estado (97 %) y ansiedad-rasgo del 83 %; predominaron las manifestaciones somáticas, como trastornos del sueño (83 %), hiperactividad-excitación (80 %), síntomas cardíacos (77 %), salto epigástrico (70 %), dolor abdominal (63 %) y sudoración (53 %); y las psicológicas, como inseguridad (70 %), sensación de amenaza (67 %), dificultad en la concentración y la memoria (63 %), sentimientos negativos (60 %) e irritabilidad (53 %). El 83 % tenía conflictos en área familiar, 70 % en las relaciones sociales, y 50 % en área escolar.

Conclusiones: predominan el sexo femenino, las edades entre 11 y 14 años, con niveles medio y alto para ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, así como los síntomas somáticos de ansiedad y conflictos en el área familiar.

Palabras clave: ansiedad; adolescencia.

ABSTRACT

Introduction: anxiety is the most prevailing psychiatric symptom in the modern society and also in childhood and adolescence.

Objective: to characterize a group of anxious adolescence, the intensity of anxiety, the clinical manifestations and the areas of conflict.

Methods: a descriptive study based on quantitative and qualitative techniques was performed in 30 adolescents aged 11 to 16 years, who presented anxiety disorders for over 6 months and randomly selected after giving their consent to be included in the study. These patients had been seen at the infantile psychiatry service of the university pediatric hospital Centro Habana from January to June 2014. The studied variables were: age, sex, intensity of anxiety, clinical manifestations and areas of conflicts. A psychiatric social history, psychiatric exam, psychological interview, IDAREN test and Rotter's incomplete phrase test were all applied.

Results: in the study group, 77 % were 11 to 14 years, 73 % were females, with middle and high level for anxiety-state (97 %) and anxiety-trait (83 %); somatic manifestations such as sleep disorders (83 %), hyperactivity-excitement (80 %), heart symptoms (77 %), epigastric_beat (70 %), stomachache (63 %), sweating (53 %), and psychological manifestations as insecurity (70 %), feeling of being threatened (67 %), difficult concentration and memorization (63 %), negative feelings (60 %) and irritability (53 %) predominated. Eighty three percent of them faced conflicts in their family setting, 70 % with their social relationships and 50 % at the school area.

Conclusions: females, 11-14 years of age, middle and high levels for anxiety-state and anxiety-trait, somatic symptoms of anxiety and conflicts in the family setting are predominant.

Keywords: anxiety; adolescence.

INTRODUCCIÓN

Las respuestas de ansiedad son reacciones defensivas ante el peligro y ejercen una función protectora, son imprescindibles para la supervivencia, y es la base del aprendizaje y de la motivación. La ansiedad normal generalmente es leve, adaptativa, menos corporal, y surge en el ámbito personal de la independencia. Por tanto, es funcional y no representa problema de salud; en cambio, la ansiedad patológica es más profunda, recurrente, persistente, deteriora el funcionamiento fisiológico y psicosocial, se somatiza, e implica reducción de la independencia.¹

La ansiedad es el resultado de la activación del sistema nervioso autónomo consecutivo a estímulos externos o, un trastorno endógeno de las estructuras de la función cerebral.²

Se calcula que entre 10 y 30 % de la población mundial padece o padecerá problemas de ansiedad de importancia suficiente como para requerir tratamiento.³ Estos se

encuentran entre los problemas mentales más comunes de la infancia y la adolescencia, y se estiman tasas de prevalencia entre 8,9 y 15,4 %, ⁴ llegando a reportarse que 13 de cada 100 niños y adolescentes entre 9 y 17 años, lo sufren. ⁵ Estimados más recientes señalan que del 15 al 20 % de los niños y adolescentes tienen un trastorno por ansiedad. ⁶ En la mayoría, los síntomas tienden a mantenerse o generalizarse, pueden tener un curso periódico, y la mitad de ellos sigue una evolución crónica.

La presencia de ansiedad en los trastornos mentales se conoce desde la antigüedad. Fue *Sigmund Freud*, en 1894, quien describió la neurosis de angustia como la expresión más simple del trastorno neurótico. ⁷ En la Décima Edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) ⁸ y la Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV y DSM-V) ^{9,10} se abandona el término de neurosis, y estos trastornos se ordenan sobre bases conceptuales diferentes, a la luz de los nuevos conocimientos taxonómicos y neurocientíficos.

Las teorías etiológicas incluyen la psicodinámica sustentada por *Freud*, en las cuales la angustia procede de la lucha entre las normas morales (el Super Yo) y los instintos prohibidos (el Ello), inaceptables para el sujeto; la conductista, que concibe a la ansiedad como un condicionamiento erróneamente aprendido y, la cognitivista, considerando a las "cogniciones patológicas" como afrontamientos enfermizos por parte del individuo. Se reseñan los factores biológicos relacionados con la disfunción gabaérgica, noradrenérgica o serotoninérgica, junto a los factores genéticos sostenidos por estudios en familias, gemelos y adoptados. Sin embargo, existe un modelo integrador que considera la predisposición genética y las experiencias tempranas adversas determinantes del fenotipo vulnerable, los traumas o eventos de la vida diaria, el estrés y los eventos vitales. ^{11,12}

Los trastornos de ansiedad son problemas de salud, y la ansiedad, el síntoma psiquiátrico más prevalente en la sociedad moderna, también en niños y adolescentes. ¹³ Sin embargo, estos no siempre son identificados ni reciben el tratamiento oportuno, al ser atendidos inicialmente por otras especialidades médicas, dadas las características de la expresión sintomática.

Teniendo en cuenta estas referencias, se pretende caracterizar a un grupo de adolescentes con ansiedad, precisar su intensidad, así como las manifestaciones clínicas y las áreas de conflictos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con técnicas cuanti-cualitativas a un grupo de adolescentes atendidos por manifestaciones de ansiedad en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana, en el período comprendido entre enero y junio del año 2014. El universo estuvo constituido por 222 adolescentes de ambos sexos, entre 11 y 16 años de edad. El grupo estudio estuvo conformado por 30 adolescentes que tenían ansiedad con más de seis meses de evolución sin enfermedades físicas comprobadas, seleccionados aleatoriamente y cumpliendo los principios bioéticos para la inclusión en el estudio.

Las variables analizadas fueron: la edad, el sexo, la presencia de ansiedad y su intensidad, sus manifestaciones objetivas y subjetivas y, áreas de conflictos. Se realizó historia social psiquiátrica, examen psiquiátrico, entrevista psicológica, *test* para medir ansiedad (IDAREN) y *Test* de Frases Incompletas de Rotter.

Se presenta la información en tablas con relaciones numéricas y porcentuales. Para el procesamiento se utilizaron los paquetes de *software* de *Microsoft Word* y *Excel* para *Windows* 2007.

Los instrumentos utilizados fueron el *Test* IDAREN: en 1966 *Charles D. Spielberger*¹⁴ destacó la necesidad de distinguir entre la ansiedad como un estado emocional transitorio (ansiedad-estado) y como un rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo). De conformidad con esta distinción, desarrolló el *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) para el estudio de la ansiedad en niños estadounidenses.¹⁵ Posteriormente, apareció la variante española Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños (IDAREN),¹⁶ que fue utilizada por *Lorenzo* y otros para estudiar la validez y confiabilidad en una muestra de niños y adolescentes cubanos comprendidos entre los 9 y 16 años. Se comprobó el valor para el diagnóstico de la ansiedad en esta población, y otras investigaciones realizadas durante los últimos años.¹⁷

Test de Frases Incompletas de Rotter: *test* proyectivo desarrollado en 1950,¹⁸ que posee una serie de oraciones que se supone debe concluir el evaluado, el que proyecta sus ideas, pensamientos, valores, creencias, anhelos, fantasías, temores, conflictos, etc. Típicamente tiene 40 frases que se requiere completar. Posee un sistema de codificación que agrupa las respuestas en tres categorías: 1) respuestas de conflicto; 2) respuestas positivas o sanas; 3) respuestas neutrales. Se ha corroborado su utilidad en la exploración de conflictos en los adolescentes. Se siguió el esquema de *Torroella* con 51 frases, y un sistema cualitativo de calificación para efectuar el análisis por áreas de interés como la familiar, escolar y social.¹⁹

RESULTADOS

El 77 % estuvo comprendido entre los 11 y 14 años de edad, y el 23 % entre 15 y 16. El 73 % correspondió al sexo femenino y el 27 % al masculino (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los adolescentes según la edad y el sexo

Grupos de edad (en años)	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
11-14	7	24	16	53	23	77
15-16	1	3	6	20	7	23
Total	8	27	22	73	30	100

En la tabla 2 se observa que para la ansiedad-estado, el 70 % tuvo nivel medio, el 27 % alto y solo el 3 % bajo. En cuanto a la ansiedad-rasgo, el 63 % obtuvo puntuación para nivel medio, el 20 % para el alto, y 17 % para el bajo.

Tabla 2. Distribución de los adolescentes según la intensidad de la ansiedad acorde con el test IDAREN

Ansiedad-estado	n	%	Ansiedad-rasgo	n	%
Alto	8	27	Alto	6	20
Medio	21	70	Medio	19	63
Bajo	1	3	Bajo	5	17
Total	30	100	Total	30	100

La tabla 3 muestra que las manifestaciones somáticas, físicas u objetivas se presentaron con más frecuencia, dadas por trastornos del sueño (83 %), hiperactividad-excitación (80 %), palpitaciones y/o taquicardia (77 %), salto epigástrico (70 %), dolor abdominal (63 %) y sudoración (53 %).

Tabla 3. Distribución de los adolescentes según las manifestaciones somáticas, físicas u objetivas

Manifestaciones somáticas, físicas u objetivas	n	%
Trastornos del sueño	25	83
Hiperactividad y/o excitación	24	80
Palpitaciones y/o taquicardia	23	77
Salto epigástrico	21	70
Dolor abdominal	19	63
Sudoración	16	53
Disnea	11	37
Opresión en el pecho y/o dolor precordial	8	27
Hiperfagia o anorexia	4	13
Temblores y/o tensión muscular	4	13
Náuseas y/o vómitos	2	7
Mareos y/o cefalea	2	7

En la tabla 4 se aprecia que los síntomas psicológicos o subjetivos predominantes fueron: inseguridad e incertidumbre (70 %), sensación de amenaza o peligro (67 %), dificultad en la concentración y la memoria (63 %), sentimientos negativos de culpa, soledad y/o minusvalía (60 %) e irritabilidad y/o hipersensibilidad (53 %).

Tabla 4. Distribución de los adolescentes según las manifestaciones psicológicas o subjetivas

Manifestaciones psicológicas o subjetivas	n	%
Inseguridad e incertidumbre	21	70
Sensación de amenaza o peligro	20	67
Dificultad en la concentración y memoria	19	63
Sentimientos de culpa, soledad y/o minusvalía	18	60
Irritabilidad y/o hipersensibilidad	16	53
Temores, fobias y/o ataque de pánico	14	47
Depresión	9	30
Ideas hipocondríacas y/o suicidas	8	27
Aislamiento	7	23
Ideas obsesivas	5	17

En el 83 % predominaron los conflictos en el área familiar, en el 70 % en la social y, en el 50 % en la escolar (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de adolescentes según las áreas de conflictos

Áreas de conflictos	n	%
Familiar	25	83
Social	21	70
Escolar	15	50

DISCUSIÓN

El subgrupo más afectado fue el comprendido entre los 11 y 14 años, probablemente por el estrés propio de esta etapa de la vida, asociado al cambio cualitativo que sufre el individuo de la adolescencia temprana: cambios puberales, consolidación de la identidad, exigencia y aceptación social, y conflictos de independencia-emancipación. La ansiedad y los trastornos en los que está presente son más frecuentes en el sexo femenino, lo que parece vincularse con el estrés ambiental en las mujeres, dado por los factores culturales asociados al género y las particularidades neuroendocrinas, independientemente de la vulnerabilidad individual. El comportamiento de la edad y el sexo se manifestó según la literatura revisada.²⁰

La medición de la intensidad de la ansiedad arroja que la mayoría tenía ansiedad medible. La mayoría (n= 21) tuvo nivel medio para la ansiedad-estado, y más de la cuarta parte (n= 8) evidenció nivel alto. Si se suman estos resultados, 29 adolescentes tenían niveles altos y medios para la ansiedad-estado. Teniendo en cuenta que este parámetro es una condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetiva, se evidencia que estos adolescentes estaban muy ansiosos, probablemente, por circunstancias ambientales.

El nivel medio para la ansiedad-rasgo estuvo presente en 19 pacientes, y el nivel alto en 6, para 25 adolescentes con ansiedad notable. Así, podría deducirse que una parte importante de ellos también tenían elementos ansiosos de personalidad que los hacían proclives a la descompensación ante factores adversos del medio, al margen de la etapa vital por la que transitaban. Esto, sin dejar de señalar que hubo más pacientes con niveles bajos en cuanto a ansiedad-rasgo que orientaría hacia condiciones ambientales desfavorables.

En cuanto a las manifestaciones de ansiedad es oportuno expresar que la ansiedad crónica en el niño y el adolescente, sobre todo en los últimos, adopta una expresión similar a la del adulto. Sin embargo, estas son muy variadas, y pueden expresarse en síntomas físicos y psicológicos, pero hay autores que incluyen las conductuales, cognitivas y sociales, que, de alguna manera, podrían ser incluidas en las antes referidos. Las personas no tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad, porque depende de los factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.²¹

Dentro de los síntomas somáticos, físicos u objetivos, en la mayoría, se presentaron trastornos del sueño: insomnio inicial o de mantenimiento (despertares nocturnos), sueño intranquilo, somnolencias y pesadillas; también, la hiperactividad-excitación, dada por inquietud o crisis de ansiedad, que se comportan como síntomas disruptivos. En cambio, también estaban presentes aquellos equivalentes de la ansiedad somatizada, tales como, la taquicardia y/o las palpitaciones, el salto epigástrico, el dolor abdominal, la sudoración o la transpiración. Nada despreciable resultaron la disnea, y la opresión en el pecho y/o el dolor precordial. En menor cuantía se presentó hiperfagia o anorexia, temblores y/o tensión muscular, náuseas y/o vómitos, mareos y cefalea. Resultados similares han sido reportados por otros autores en otros contextos,²² y en el nuestro.²³

Los síntomas descritos posiblemente determinaron la evaluación inicial de estos adolescentes por otras especialidades pediátricas, en las que se les realizaron investigaciones a veces innecesarias, pues inducen a pensar que sufren entidades somáticas. Ciertamente, ante una molestia física, se tiende a pensar en la presencia de alguna enfermedad física, sin embargo, no siempre es así. Hay autores que plantean que solo 5 % de los malestares físicos se deben a enfermedades graves, pero 25 % de los malestares físicos, se deben a causas psicológicas.¹³ La importancia del diagnóstico de la ansiedad somatizada radica en descifrar su enmascaramiento clínico, lo que es imprescindible para tratarla oportunamente.

Las manifestaciones psicológicas o subjetivas son parte de los cuadros ansiosos. La mayoría presentó inseguridad e incertidumbre, sensación de amenaza o peligro, dificultad en la concentración y memoria, y son estos, síntomas cardinales de la ansiedad; además, estaban presentes los temores, las fobias y/o los ataques de pánico, que también son reportados por otros autores en cifras oscilantes entre el 40 y 45 %.²¹

Se confirmaron sentimientos negativos de culpa, soledad y/o minusvalía, e irritabilidad y/o hipersensibilidad, reportados con cierta frecuencia en otros trabajos,^{6,20} así como la depresión, ideas hipocondríacas y/o suicidas.²⁴

Mención especial merece el síntoma "depresión", observado en casi la tercera parte de este grupo, lo que ha sido señalado por otros autores. Algunos plantean esta enfermedad asociada hasta en el 28 %, en cifras similares a las nuestras; e incluso, reportado en el 60 % de los pacientes de todas las edades.²⁴ No es inusual que se diagnostiquen a estas personas con el llamado trastorno mixto ansioso-depresivo, lo que determina que los trastornos de ansiedad no sean bien identificados ni reconocidos. Se postula que en ambos hay déficits de los neurotransmisores

serotonina y noradrenalina, lo cual explicaría por qué los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), son igualmente útiles en la ansiedad y en la depresión.²⁵ Por otro lado, los mismos estresores ambientales pueden provocar síntomas ansiosos como depresivos, que pudieran explicar esa alta asociación. Por lo que, en adolescentes ansiosos con depresión e ideación suicida, como ocurre en este trabajo, se hace necesario confirmar el diagnóstico para la instauración del tratamiento adecuado y el posterior seguimiento.

Hubo conflictos en todas áreas, pero se observó un franco predominio de la familiar. También en la social, y en menor cuantía en la escolar, aunque en esta última estaba representado la mitad del grupo. Los adolescentes entre 11 y 14 años mostraron más conflictos escolares, mientras que los comprendidos entre 15 y 16, en el área familiar y social. No obstante, hubo pacientes de todas las edades que tenían conflictos en más de un área.

En las familias de estos adolescentes existía un alto grado de disfuncionalidad, caracterizadas por manejo inadecuado, violencia, condiciones desfavorables de salud familiar dadas por enfermedades somáticas descompensadas y cáncer, trastornos neuróticos y adicciones, entre otras, lo cual pudo haber contribuido al establecimiento de ambientes estresantes y nosógenos para el desarrollo del adolescente. Estos constituyen factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad para la aparición de sintomatología ansiosa y/o depresiva.⁶

De todo esto se desprende que la ansiedad en las etapas infanto-juveniles es polimorfa y variable en su expresión, dependiendo de los rasgos de la personalidad en formación, los antecedentes y estilos ansiogénicos de la familia.

Se concluye, que predominan los adolescentes entre los 11 y 14 años de edad, y del sexo femenino. Los resultados del *test* IDAREN muestran niveles medio y alto, tanto para la ansiedad-estado como para la ansiedad-rasgo. En las manifestaciones clínicas predominan las somáticas, físicas u objetivas, presentes en casi todos. La mayoría de los pacientes tiene manifestaciones psicológicas o subjetivas, y predominio de los conflictos en el área familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2007 [citado 12 de Noviembre de 2013]; 23(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100013&lng=es&nrm=iso&tIng=es
2. Becerra J. Trastornos por ansiedad [homepage en Internet]; octubre 2007 [citado 12 de Noviembre de 2014]. Disponible en: <http://vivelibre.org/mybb/showthread.php?tid=1773>
3. Baeza JC. ¿Qué es la ansiedad y por qué se produce? Clínica de la ansiedad [homepage en Internet]; junio 2014 [citado 13 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/que-es-la-ansiedad-y-por-que-se-produce/>
4. Tanja M, Ulrike Z, Jürgen M. Epidemiology of anxiety disorders. Psychiatry. 2007; 6(4): 136-42.

5. Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y la Depresión. Ansiedad en la infancia y adolescencia [homepage en Internet]; Catalunya [citado 13 de Junio de 2014]. Disponible en: http://www.actad.org/actad_cas/ansiedad_infantil.php
6. Orgilés M, Méndez X, Espada JP, Carballo JL, Piqueras JA. Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2012;05(02):2012.
7. García Allen J. Sigmund Freud: vida y obra del célebre psicoanalista. Los fundamentos elementales del psicoanálisis [homepage en Internet] [citado 13 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://psicologiyamente.net/psicologia/sigmund-freud-vida-obra-psicoanalista>
8. OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Madrid: Editorial Meditor; 1992. p. 167-215.
9. Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Editorial Masson; 1995. p. 401-56.
10. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de Psicología. 2014;62(110):62-9.
11. Biglieri R, Auné S, Vetere G. Regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad: un estudio comparativo con una muestra comunitaria. Anu Investig [serie en Internet]. 2012 [citado 13 de Junio de 2014];19(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000100028
12. Merrill DB. Trastornos de ansiedad generalizada [homepage en Internet]. Medline Plus; 25 de Marzo de 2013 [citado 21 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000917.htm>
13. D'Arcy L. ¿Qué es la ansiedad? Trastornos de ansiedad [homepage en Internet]; actualizado mayo de 2013 [citado 13 de Septiembre de 2014]. Disponible en: http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=KidsHealth&lic=1&ps=207&cat_id=20277&article_set=74995
14. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. En: Spielberger CD, ed. Anxiety and behavior. New York: Academic Press; 1966. p. 122.
15. Spielberger CD. Inventario de Ansiedad Estado Rasgo para Niños, STAIC. California: Consulting Psychologists Press; 1973.
16. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI. Madrid: EA Ediciones; 1982.
17. Lorenzo A, Grau J, Fumero A, Vizcaino MA, Martin M, Prado F. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en Adolescentes Cubanos. Psicología y Salud. julio-diciembre 2003;13(2):203-14.
18. Rotter JB. Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures. Psychological Review. sep 1960;67(5):301-16.

19. González Llana FM. Instrumentos de evaluación psicológica. Capítulo 12. Instrumentos proyectivos para el estudio de la personalidad y conflictos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 275-9.
20. Martínez C. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 125-9.
21. Birmaher B, Villar L. Trastorno de ansiedad en los niños y adolescentes. En: Meneghello J, Grau A. Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 323-5.
22. Baeza C. Ansiedad y sus problemas. Las enfermedades psicosomáticas: enfermedades invisibles. Programa emitido el día 28 de abril de 2014 [homepage en Internet]; abril de 2014 [citado 2 de Noviembre de 2014]. Disponible en: <http://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/las-enfermedades-psicosomaticas-enfermedades-invisibles/>
23. Velázquez J. Trastornos neuróticos. En: Rodríguez O. Salud mental infanto-juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 170-2.
24. Cameron OG. Understanding comorbid depression and anxiety. *Psychiatric Times*. 2007;24(14):51-6.
25. Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The Serotonin Transporter Promoter Variant (5-HTTLPR), Stress, and Depression Meta-analysis Revisited: Evidence of Genetic Moderation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 May;68(5):444-54.

Recibido: 24 de septiembre de 2015.
Aprobado: 21 de noviembre de 2015.

María de la Concepción Galiano Ramírez. Hospital Pediátrico Centro Habana.
Calle Benjumeda y Morales, municipio Cerro. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
cgaliano@infomed.sld.cu