

B. Sánchez¹
J. L. Pedreira²

Comorbilidad en la ansiedad de separación en la infancia

Separation anxiety disorders in children: comorbidity and follow-up

- 1 Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infantil del Área Sanitaria de Avilés (SESPA).
- 2 Paidopsiquiatra. Unidad de Salud Mental Infantil del Área Sanitaria de Avilés (SESPA).

Correspondencia:

J. L. Pedreira Massa
Unidad Salud Mental Mental
Polígono La Magdalena
Hermanos Espolita, s/n
33400 Avilés (Asturias)

RESUMEN

Los autores revisan el concepto de ansiedad de separación en la infancia, según los criterios CIE-10. En la muestra clínica estudiada la prevalencia del trastorno es del 23,5%. La forma de expresión prevalente son los trastornos somatoformes y conductuales. El tratamiento seguido es mixto (psicofarmacológico y psicoterapéutico). La evolución longitudinal, seguida por los trastornos estudiados son a partes iguales en trastornos de conducta, trastornos mixtos de la conducta y las emociones y distimia.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad de separación; Infancia; Comorbilidad; Evolución longitudinal.

ABSTRACT

The concept of separation anxiety disorders in children are revised, following CIE-10' criteria. The prevalence rate in an clinical sample was 23,5%. The prevalent clinical presentation was comorbidity both the somatoform and behavioral disorders. The treatment was both the psychopharmacological and psychotherapeutic approaches. The longitudinal follow-up have detected the following conditions: behavioral disorders, emotional and behavioral disorders and dysthymia.

KEY WORDS

Separation anxiety; Childhood; Comorbidity; Longitudinal follow-up.

88 INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva psicodinámica y genética Spitz ⁽¹⁾ define la aparición de la angustia en el niño en relación a la formación del objeto; esto es, como algo específico, en contraposición a las simples reacciones ante los estímulos (p. ej.: de displacer y tensión-descarga). La ansiedad, propiamente dicha, no aparecerá hasta el tercer trimestre del primer año de vida, ya que hasta entonces no se ha estructurado mínimamente un "yo" que pueda experimentarlo, en base a un conflicto con otra instancia psíquica. Por otro lado, la organización narcisista infantil, carente de objetos, transitando por la formación de pre-objetos, llegará en dicho tercer trimestre a constituir verdaderos objetos que continúan formando parte del "yo". Su pérdida disminuye el valor del "yo" y constituye un daño narcisista. La amenaza de su pérdida, constituye la angustia.

La llamada angustia ante los extraños del octavo mes, representa la desaparición de la esperanza del retorno de la figura materna, reactivando la angustia que el niño/a sintiera al dejarlo la figura materna a solas. La angustia va a ser, en adelante, una señal de peligro para el "yo".

Con Winnicott ⁽²⁾ podemos decir que el hecho por el que los niños comiencen a existir de forma diferenciada depende de que las condiciones sean favorables o no. Los cuidados satisfactorios de la parentalidad comienzan por un estadio de "mantenimiento" (terminará con una percepción de los objetos como exteriores al self) y continúan en el estadio de "sostenimiento" (con sus fases de dependencia absoluta, dependencia relativa y hacia la independencia, adquiriéndose los medios para prescindir de tales cuidados mediante un recuerdo y la introyección de los mismos y la necesidad de proyectar sus necesidades con éxito). En efecto, el reconocimiento del primer objeto externo en la madre como entero y diferente del sí mismo con el que se vincula, implica la tolerancia de la angustia ante la amenaza de su pérdida, lo que es posible si preponderan los aspectos buenos de ese objeto (que abonan la posibilidad de que pueda volver) y no los aspectos destructivos y persecutorios (que abocan a una vivencia de abandono).

Estructuralmente cabe pensar, como más acorde con la naturaleza de este proceso, el carácter afectivo o de pérdida del trastorno al que pueda llevar una alteración del mismo (acorde con los estudios de Bowlby ⁽³⁾ acerca de "la conducta de apego"), en contraste con las opiniones de D. Klein ⁽⁴⁾ que abogan por un carácter fóbico-trastorno de pánico, de índole más fenomenológico-descriptivo.

La etapa evolutiva que va de los 8-15 meses marca la estructuración del niño/a ante la separación, como ilustran desde la perspectiva cognitiva los estudios de Piaget ⁽⁵⁾ (reacciones circulares secundarias). Una separación real en esta etapa pondrá en dificultades dicho proceso, haciendo posible que ante situaciones de separación que acontezcan en adelante el niño/a pueda responder con la expresión clínica de la denominada angustia de separación.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo de campo se realizó en la Unidad de Salud Mental Infantil del Area Sanitaria III del Principado de Asturias, con los siguientes criterios de inclusión:

- **Prevalencia puntual:** se incluyeron las primeras consultas que solicitaron consulta y fueron estudiadas en el último trimestre del año 1995.
- **Criterios diagnósticos de selección CIE-9,** dado que es el sistema utilizado en el RACP: 309.2; 313.0 y 307.4.
- **Cumplir criterios clínicos CIE-10.**
- **Estudio descriptivo:** para lo que se utilizó el paquete informático-estadístico SPSS, para obtener porcentajes, medias, desviaciones estándar de los valores, X^2 con la corrección de Yates y prueba de Mann-Whitney para el estudio de la significación estadística de asociación de variables.

RESULTADOS

Solicitaron consulta un total de 92 niños/as, de los cuales 81 acudieron a consulta y se dispuso de

la historia clínica terminada en el momento de realizar el presente estudio. De esos casos, en 19 se diagnosticó trastorno de ansiedad de separación en la infancia, por lo que la *prevalencia* resultó ser del 23,5%, con un margen de confianza comprendido entre el 14,8 y el 34,2. De estos casos, el 53% corresponden al diagnóstico CIE-9 307.4; el 32% al 309.2 y el 16% al 313.0.

Por *sexos*, prácticamente se reparten por igual, siendo ligeramente superior en los niños varones (58%). Los *grupos etáreos* en que aparecía dicha clínica eran para el 58% entre 6-11 años; el 26% edad superior a los 12 años y el 16% restante se corresponde con una edad comprendida en los cinco primeros años de vida. Siendo la edad media de la muestra 8,95 años (DS ± 3,85).

En lo relativo a la *fratria*, un 47% eran hijos únicos; un 37% dos hermanos y el resto tres hermanos. Respecto al orden que ocupan en la fratria, el 21% se corresponde con el primogénito, otro tanto para el intermedio, siendo un 11% para el benjamín.

La *situación relacional* de las figuras parentales evidenciaba que sólo un 21% estaban separados o divorciados. En cuanto al trabajo de las figuras parentales, en un 26% trabajaban ambas figuras parentales, en un 11% sólo la madre y el resto sólo el padre.

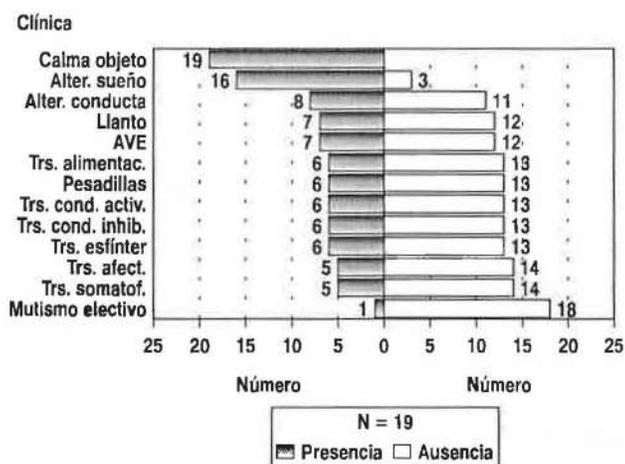


Figura 1. Expresión clínica de la ansiedad separación en infancia.

La *figura que desencadena con su ausencia la ansiedad de separación*, es la figura materna en el 53% de los casos, en un 42% son ambas figuras parentales.

En la figura 1 se resume la *expresión clínica de los casos* que presentaban los criterios de ansiedad de separación. Entre los que destacan obtener la calma ante la ansiedad cuando la presencia del objeto vuelve; las alteraciones del sueño, estando el resto de los síntomas con una presencia en torno al 30-50% de los casos. En las tablas 1, 2 y 3 se exponen de forma agrupada, la expresión clínica

Tabla 1 Expresión somatizada en la ansiedad separación en infancia

| Síntomas presentes | Casos | Porcentaje |
|--------------------|-------|------------|
| Ninguno | 1 | 5,3 |
| Un síntoma | 7 | 36,8 |
| Dos síntomas | 7 | 36,8 |
| Tres síntomas | 4 | 21,1 |

Trs. somatoformes, alimenticios, sueño y esfínteres.

Tabla 2 Expresión conductual en la ansiedad separación en infancia

| Síntomas presentes | Casos | Porcentaje |
|--------------------|-------|------------|
| Ninguno | 5 | 26,3 |
| Un síntoma | 5 | 26,3 |
| Dos síntomas | 5 | 26,3 |
| Tres síntomas | 3 | 15,8 |
| Cuatro | 1 | 5,3 |

Trs. conducta, actividad e inhibición, llanto y mutismo.

Tabla 3 Expresión emocional en la ansiedad separación en infancia

| Síntomas presentes | Casos | Porcentaje |
|--------------------|-------|------------|
| Ninguno | 9 | 47,4 |
| Un síntoma | 9 | 47,4 |
| Dos síntomas | 1 | 5,3 |

Trs. afectivos, pesadillas y fobias.

90

Tabla 4 Formas de expresión de la ansiedad de separación en infancia

| Forma de expresión | Media | Desv. est. |
|--------------------|-------|------------|
| Somatizada | 1,74 | 0,87 |
| Conductual | 1,47 | 1,22 |
| Emocional | 0,58 | 0,61 |

somatizada (58% con dos o tres síntomas), conductual (50% entre 2-4 síntomas) y emocional (53% presenta alguna forma sintomática), siendo las medias de asociaciones sintomáticas, las referidas en la tabla 4.

En el 37% de los casos estudiados, se detectaron la presencia de *acontecimientos vitales estresantes* (AVE), siendo los más significativo los que se exponen en la tabla 5. Aunque la muestra resultaba algo escasa, se realizó un estudio de asociación de los AVE con los tres grupos de presentación sindrómica a la que nos referimos en el párrafo anterior, la significación estadística se

Tabla 5 Acontecimientos vitales detectados en ansiedad separación infancia

| AVE | Casos | Porcentaje |
|--------------------------|-------|------------|
| Cambio colegio | 3** | 15,8 |
| Separación padres | 1 | 5,3 |
| Cambio domicilio | 1 | 5,3 |
| Muerte padre | 1** | 5,3 |
| Enfermedad hermano | 1 | 5,3 |
| Enfermedad madre | 1 | 5,3 |
| Nacimiento hermano | 1* | 5,3 |

* En dos casos hay asociación de dos AVE

Tabla 6 Asociación presentación clínica y AVE en ansiedad separación infancia

| Clínica | X2 (Yates) | Mann-Whitney* |
|--------------------|-------------------|---------------------|
| Sint. corporales | NS (.43) | NS (.89) |
| Sínt. conductuales | NS (.14) | Casi signif. (.067) |
| Sínt. emocionales | Casi signif (.08) | S (.022) |

* Más pertinente, en relación a tamaño muestra.

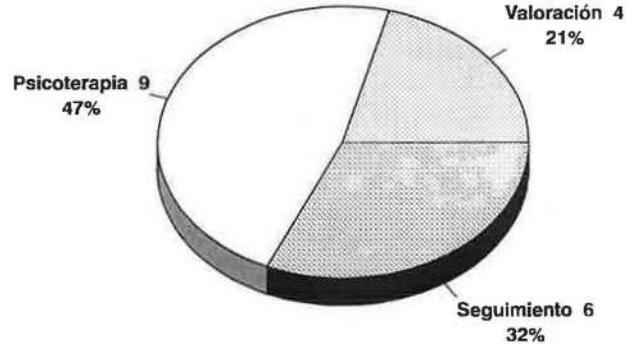


Figura 2. Tratamiento en ansiedad separación en infancia.

obtuvo para los síntomas emocionales, siendo casi significativa para los de expresión conductual (tabla 6).

En casi uno de cada dos casos, el *tratamiento prescrito* fue la psicoterapia (Fig. 2), en el resto la evaluación clínica y seguimiento periódico podrían dar paso a un tratamiento mixto psicofarmacológico-psicoterapéutico.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

LAS CARACTERÍSTICAS NOSOLÓGICAS

Los dos sistemas diagnósticos para los trastornos mentales más utilizados en la actualidad, presentan algunas diferencias a la hora de establecer los criterios de inclusión, por lo que pasamos a exponer ambos. Como hemos señalado en algunas otras ocasiones, el sistema CIE-10 nos parece el más pertinente de los dos, por establecer un consenso internacional, mientras que la serie DSM sólo es representativa de un único país y de una única sociedad científica, aunque sea muy poderosa y representativa.

DSM-IV ⁽⁶⁾

Los criterios para su diagnóstico se recogen bajo el apartado 309.21 y se resumen de la siguiente forma:

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres o más de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo recurrente, cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculares.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculares o a que éstas sufran un posible daño.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vincular importante (p. ej.: extrañarse o ser secuestrado).
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin la principales figuras vinculares, o sin adultos significativos en otros lugares.
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vincular importante o a ir a dormir fuera de casa.
7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras vinculares importantes.

B. La duración del trastorno es de, por lo menos, cuatro semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración produce malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

CIE-10 ⁽⁷⁾

Corresponde al apartado F93.0 y especifica que el trastorno de ansiedad de separación se diagnosticará sólo cuando el temor a la separación constituya el foco de la ansiedad y cuando la ansiedad aparezca por primera vez en edades tempranas. Se diferencia de la ansiedad normal o evolutiva de separación, por su gravedad que es de un grado estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia anormal más allá de la edad habitual) y cuando se acompañe de un comportamiento social significativamente restringido. El rasgo diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de los sujetos con los que el niño/a está vinculado (por lo general, los padres u otros miembros de la familia) y no es simplemente parte de una ansiedad generalizada ante múltiples situaciones posibles. Puede presentarse como:

- A. Preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de éstas le abordara.
- B. Preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (p. ej.: poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado).
- C. Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (más que por otras razones, como miedo a algo que pudiese suceder en el colegio).
- D. Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa.
- E. Temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en caso durante el día.
- F. Pesadillas reiteradas sobre la separación.

- 92 G. Síntomas somáticos reiterados (p. ej.: náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio.
- H. Malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo importante.

COMENTARIOS CLÍNICOS

Primero que la ansiedad de separación se encuentra presente a lo largo del desarrollo normal, por lo que se debe establecer un diferencia cuantitativa y cualitativa en su presentación clínica para ser considerada como un trastornos de ansiedad con entidad propia.

Tampoco nos parece muy adecuado referirse a la ansiedad de separación como un diagnóstico cerrado, sino que sería una entidad sindrómica tras la que se detectan otras formas de expresión sintomática (p. ej.: somatizada, conductual o emocional), dependiendo de la etapa evolutiva del sujeto infantil. Tampoco sería extraño que un estudio en profundidad de la organización de la personalidad en estos casos, evidenciara algunas características de interés, dado que los criterios utilizados son sólo de tipo descriptivo-fenomenológico y excluyen la presencia de procesos psicopatológicos severos (p. ej.: los trastornos profundos del desarrollo, las psicosis infantiles, los retrasos mentales, etc).

Otros trabajos han intentado relacionar la presentación clínica de la ansiedad de separación en la infancia con la presencia de AVE⁽⁸⁾. En nuestra muestra, aunque sea escasa, no más allá de un tercio de los casos presentan AVE, por lo que la relación causa-efecto tampoco está justificada.

El consenso es unánime a la hora de referirse al impacto que posee la marcha/ausencia de una figura de apego significativa para el sujeto infantil. Dicha marcha/ausencia basta con que sea una simple amenaza o temor de que pueda acontecer. Es de tal importancia, que el retorno de dicha figura calma la ansiedad, pero exacerba la adhesividad entre el niño/a y la figura de apego. La perspec-

tiva etológica fundamenta, de forma teórica y práctica, esta posición que, en el futuro, tendrá un peso específico a la hora de comprender el mecanismo de estos procesos^(3,9).

Dado que la ansiedad de separación en la infancia está ligada a las figuras de apego, el contenido estructural remite a la presencia y/o pérdida de estas figuras, por lo que estaría más cerca de un duelo con sordina (si se nos permite este símil) que de una fobia o crisis de pánico como ha sugerido Klein et al⁽⁴⁾. Es más, en un reciente trabajo realizado sobre adolescentes, en el que participaba el propio Klein⁽¹⁰⁾ se constata que adolescentes con trastornos bipolares tenían como co-morbilidad previa trastornos por ansiedad de separación, entre otros. En nuestro modesto estudio, hemos detectado tres casos con más de tres años de evolución tras el diagnóstico inicial de trastorno de ansiedad de separación, en esos tres casos la co-morbilidad evolutiva fue: en un caso un trastorno severo de la conducta, en otro caso un trastorno mixto de las emociones y de la conducta y el último de ellos había evolucionado hacia una distimia (tabla 7).

El perfil de la ansiedad de separación en la infancia, según nuestros datos, podría ser el siguiente: un niño varón, con edad comprendida entre 6-11 años, hijo único o primogénito (de una fratria de dos o tres); en el que la figura materna aparece como desencadenante del trastorno y calma al niño cuando retorna; la presentación clínica se agrupa en forma somatizada y/o conductual; la presencia de AVE (representa un tercio de los casos) se asocia de forma estadísticamente significativa con clínica de expresión emocional; el tratamiento es variado y de preferencia mixto (psicoterapéutico + psicofarmacológico) y la evolución longitudi-

Tabla 7 Evolución longitudinal de la ansiedad de separación en infancia

En tres casos se detectó trs. ansiedad de separación con más de tres años de anterioridad a la consulta, la clínica actual que presentaban era:

- Un caso de Trs. severos de conducta.
- Un caso de Trs. mixtos de las emociones y de la conducta.
- Un caso de distimia.

Tabla 8 Conclusiones: perfil comorbilidad ansiedad separación infancia

- Niño entre 6-11 años de edad, hijo único.
- La figura materna es la desencadenante de la ansiedad de separación.
- Presentación clínica en forma somatizada y conductual.
- La presencia de AVE (1/3) se asocia de forma significativa con clínica emocional.
- Tratamientos variados.
- Evolución longitudinal (1/3): Trs. severo de conducta; Trs. mixtos emocionales + conducta y distimia.

nal puede ser (a partes iguales) hacia un trs. severo conductual, un trs. mixto de las emociones y la conducta o una distimia (tabla 8).

CONCLUSIONES

1. La muestra que hemos estudiado se encuentra limitada en el tiempo, precisando ser contrastada.

2. Se necesita obtener una muestra mayor y que profundice, de forma prioritaria, el seguimiento longitudinal (con el fin de delimitar de forma más precisa la posibilidad de comorbilidad evolutiva hacia los trastornos de pánico o hacia los trastornos afectivos).
3. La ansiedad de separación en la infancia tiene interés por representar, en primer lugar, la característica de una etapa del desarrollo del ser humano y, en segundo lugar, unas características clínicas.
4. En el momento actual está en un gran debate la comorbilidad de la ansiedad de separación, que en nuestro caso se refiere a los trastornos que más frecuentemente se presentan como forma de expresión (conductuales, somatoformes y emocionales).
5. Se precisa un estudio más pormenorizado de la relación que pudiera existir entre el desencadenamiento del proceso clínico de la ansiedad de separación en la infancia y la existencia de AVE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spitz R. El primer año de la vida de nuestro niño. Madrid: Aguilar; 1979.
2. Winnicott DW. Escritos de psicoanálisis y pediatría. Barcelona: Laia; 1980.
3. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata; 1986.
4. Klein R, Last C. Anxiety disorders in children. London: Sage; 1989.
5. Piaget J, Inhelder J. Psicología evolutiva del niño. Madrid: Morata; 1979.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV. Barcelona: Masson; 1995.
7. López-Ibor JJ, editor. CIE-10. Madrid: Ediciones Científicas Smithklein-Beecham; 1992.
8. Rubín C. La ansiedad en niños y adolescentes. Madrid: Ediciones Científicas Roche; 1990.
9. Sameroff A, Emde R, eds. Relationship disturbances in early childhood. New York: Basic Books; 1993.
10. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: Prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:454-63.