

---

# Trastorno de ansiedad por separación en la infancia

MT. Rives Ferreiro<sup>a</sup>, C. Díz-Lois Palomares<sup>a</sup>, C. Bonet de Luna<sup>b</sup>,

<sup>a</sup>MIR de Pediatría, Hospital Infantil La Paz, Madrid.

<sup>b</sup>Doctor en Medicina. Pediatra, Centro de Salud de Tres Cantos, Madrid.

---

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 43-49

M.º Teresa Rives Ferreiro, maiterives@hotmail.com

## Resumen

Presentamos el caso de una niña de nueve años con trastornos del sueño de un año de evolución. Es incapaz de quedarse dormida sola, necesita la garantía de que habrá alguien de su familia esperando a que ella se duerma. Este problema se presenta también si tiene que dormir fuera de casa. Reconoce que la situación no es razonable, pero no consigue controlarlo, lo cual le provoca una ansiedad importante y repercute en su vida social y en el ambiente familiar.

Se hace un diagnóstico diferencial basándose en criterios del DSM-IV y se concluye que se trata de un caso de ansiedad por separación.

Aunque en la etiología se barajan varios factores de riesgo y su relación con otros cuadros de ansiedad, no se conocen las causas últimas del trastorno. En la evolución podría existir una mayor tendencia a trastornos de ansiedad en la edad adulta. El tratamiento es fundamentalmente clínico.

**Palabras clave:** Ansiedad por separación.

## Abstract

We propose the case of a nine years old girl who has sleeping problems during the preceding year. She cannot sleep on her own and needs to know there will be someone of her family waiting awake until she falls asleep. This also happens if she has to sleep out of her home. She knows it is not reasonable, but she cannot take it under control, which makes her feel anxious because this is affecting her social and family life.

The differential diagnosis is based on the DSM-IV criteria and we conclude it is a separation anxiety disorder.

Although there seem to be many risk factors the real causes of the disorder is unknown. Some authors relate it with anxiety disorders in adults.

The treatment is mainly clinical.

**Key words:** Separation anxiety disorder.

## Caso clínico

PMM es una niña de nueve años que acude a consulta con su madre para co-

mentar un problema de sueño de un año de duración.

El verano anterior estuvo un mes en un

campamento para niños discapacitados junto con su abuela paterna. Ya había estado fuera de casa en otras ocasiones, aunque durante menos tiempo. Inicialmente durmió en la misma habitación que el resto de los niños y fue entonces cuando empezó a tener problemas para conciliar el sueño. Según ella, esto se debía a la oscuridad de la habitación y a los "ronquidos" del resto. Pasó las dos primeras noches prácticamente en vela hasta que se lo contó a su abuela y durmió a partir de entonces en la habitación de ésta.

De vuelta a casa empieza a tener problemas para conciliar el sueño cuando tiene que dormir sola (antes de ir al campamento no compartía habitación con nadie ni tenía problemas para dormir) o cuando se queda despierta y el resto de su familia está dormida. Al poco tiempo la niña se va a dormir a casa de una amiga y a la madre de ésta le sorprenden las dificultades que tiene a la hora de irse a la cama, por lo que se lo comenta a los padres de PMM. El episodio se repite cuando la invita a dormir su abuela paterna. Se pasa ese día entero angustiada pensando que va a dormir fuera de su casa y permanece despierta gran parte de la noche. Algo parecido le sucede cuando sus padres salen de viaje; le preocupa que pudiera pasárselas algo y que no vuelvan (menciona, por ejemplo, un accidente de

avión). Es entonces cuando en su casa comienzan a darle importancia y deciden comentárselo al pediatra.

Según la paciente, no siente miedo, simplemente se obsesiona pensando que todo el mundo está dormido y ella no. Dice que lo pasa peor cuando tiene que ir al colegio, porque a la mañana siguiente tiene que madrugar. Entonces llama a su madre y le hace quedarse a su lado hasta que se duerme. La niña reconoce que su situación es absurda, pero es incapaz de evitarlo. No puede pernoctar fuera de casa.

Dada la necesidad de hacer una evaluación más profunda, se citó en consulta programada donde se intentó tipificar el cuadro.

Antecedentes personales y ambiente familiar: la paciente es una niña sana, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Es la hija mayor de un matrimonio de padres jóvenes y sanos, y tiene un hermano dos años menor. El nivel socioeconómico de la familia es medio-alto y ambos padres tienen estudios universitarios. Parece madura para su edad, es muy responsable y tiene un excelente rendimiento escolar. Las manifestaciones de afecto son abundantes en casa y tiene una alta satisfacción afectiva. Las normas en casa son equilibradas, consensuadas, claras, precisas y se justifican de forma

racional. Los padres refieren tener buena relación de pareja. No constan antecedentes de angustia de separación ni depresión en los padres.

Dado que el ambiente familiar parece bastante bueno, se empieza por reforzar a la madre en su manejo del trastorno del sueño (ir intentando que se duerma sin llegar a estar presente) dándole poder en la situación. Se trabaja la empatía y la comprensión por el malestar de PMM, dándole tanto a la paciente como a su madre *feedback* sobre en qué consiste este trastorno. Es decir, se trabaja lo cognitivo (información sobre el trastorno y los pensamientos irracionales), lo afectivo (empatía con el sufrimiento que comporta para PMM) y el desarrollo de habilidades (asertividad y seguridad por parte de los padres marcando los límites y reforzando el rol activo adoptado por la madre).

En la siguiente cita programada la paciente dice encontrarse mejor. Se va a la cama tranquila y consigue conciliar el sueño si la madre le asegura que estará despierta, aunque es consciente de que algunas veces su madre se duerme antes que ella. El día que no consigue dormirse enciende la luz y se pone a leer hasta que le entra el sueño. Volvemos a establecer contacto con ella dos meses después de su primera visita; el trastorno persiste, aunque en menor intensidad, y se siente

incapaz de ir a dormir a casa de sus amigas o de su abuela paterna. No desea volver al campamento, al menos de momento. La madre nos comenta que quizás consulten con un psiquiatra infantil para intentar solucionar completamente la situación.

## Discusión

Se trata de una niña de nueve años que consulta por un trastorno del sueño de un año de duración que le interfiere con su vida social. Éste se caracteriza por la dificultad para conciliar el sueño si no están despiertas algunas personas de su núcleo familiar o si duerme fuera de su casa. En el diagnóstico diferencial hay que incluir, entre otros, el *trastorno de ansiedad generalizada*. Según criterios del DSM-IV cabría esperar una ansiedad y una preocupación excesivas sobre una amplia gama de actividades. La paciente sólo vive con ansiedad el momento de irse a la cama. Tampoco cumple los criterios para el diagnóstico de *crisis de angustia* ya que, cuando la paciente intenta dormir y no lo consigue, no tiene sudoración, palpitaciones, temblores, sensación de ahogo, etc. También habría que barajar un trastorno de *estrés postraumático*. Quizás en el campamento estuvo expuesta a alguna situación que ella vivió como estresante, pero no describe su estancia en él con re-

cuerdos desagradables, no evita hablar del tema ni manifiesta ningún tipo de embotamiento afectivo ni aumento del nivel de activación ("arousal"). Otra posibilidad sería que la niña padeciese una *fobia social*, pero es una niña sociable, con amigos. No teme situaciones en las que haya personas ajenas a la familia y está cómoda en los contextos ajenos al suyo (en la consulta se expresa con toda naturalidad con gente que desconoce, como son los nuevos MIR). Tampoco existe ninguna *fobia* específica, pues la paciente no cuenta tener miedo a objetos o situaciones concretas, sino que aquí el desencadenante es algo más complejo (quedarse despierta cuando los demás están dormidos o cuando está lejos de casa) y, sobre todo, no dice tener una situación de pánico, sino de malestar ante esta situación. La niña no refiere sentir tristeza en ningún momento ni anhedonia, irritabilidad o llanto fácil. Esto descarta el diagnóstico de *trastorno depresivo*, cuyo principal criterio es la tristeza, o bien la irritabilidad o agresividad en el caso de los niños. El diagnóstico que más encaja en este caso es el de *trastorno de ansiedad por separación* (TAS) (Tabla I). El TAS se caracteriza por una ansiedad excesiva desencadenada por la separación de las principales figuras de vinculación o del entorno del hogar, causando malestar y un deterioro social, acadé-

mico o laboral. Puede presentar oscilaciones. Es uno de los trastornos más frecuentes del periodo medio de la infancia (entre los siete y los nueve años), aunque se ha descrito también en adolescentes. Es más frecuente en mujeres<sup>1</sup>.

En lo que a etiología se refiere, se ha intentado relacionar con una separación resuelta de manera inadecuada y con conflictos de individualización. También se ha relacionado con una vulnerabilidad determinada por factores biológicos, genéticos y temperamentales o a contingencias conductuales<sup>1,2</sup>. A menudo puede identificarse un factor estresante que lo desencadena o influencias negativas del entorno<sup>1,3</sup>. Aproximadamente la mitad de los niños a los que se les diagnostica tienen un trastorno de ansiedad simultáneo y una tercera parte sufren una depresión asociada. Con frecuencia se dan en los familiares cercanos trastornos de ansiedad y depresión o existen factores socioculturales que podrían inducir la aparición de un TAS e influir en su severidad clínica<sup>1,4,5</sup>. Parece que las separaciones planificadas entre los tres y los cinco años facilitan el aprendizaje de cómo no temer a la separación posteriormente<sup>3</sup>. En general, se necesitan más estudios que tengan en cuenta factores del desarrollo e intraindividuales para entender mejor la etiología.

Con respecto a la clínica, la causa más frecuente de consulta es por problemas y dificultades escolares, aunque también suelen plantear problemas a la hora de irse a la cama (como lo que le sucede a la paciente). Puede acompañarse de síntomas somáticos como dolor abdominal, cefaleas, náuseas y vómitos, especialmente en niños pequeños. En niños mayores pueden existir palpaciones o sensación de desmayo o inestabilidad. En general, los niños entre cinco y ocho años manifiestan temores irracionales sobre daño a las principales

figuras de vinculación y rechazo a ir al colegio. En edades comprendidas entre los nueve y los doce años, el trastorno aparece fundamentalmente como ansiedad en el momento de la separación. En los adolescentes son más comunes los síntomas somáticos y el rechazo a ir a la escuela<sup>1</sup>. En nuestro caso se cumplen varios de estos criterios. Existe malestar recurrente (criterio 1) cuando la niña va a dormir fuera de casa. También refiere preocuparse por lo que les pueda pasar a sus padres o que se separen de ella, cumpliendo los criterios 2 y 3. No

**Tabla I.** Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad por separación (DSM-IV)<sup>4</sup>

- 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 vinculadas.
  - 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas 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 vinculada importante (extraviarse 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 sin las principales figuras vinculadas o sin adultos significativos en otros lugares.
  - 6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a dormir fuera de casa.
  - 7. Pesadillas repetidas con temática de separación
  - 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.
- B. La duración del trastorno es de, como mínimo, cuatro semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca 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 trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno postpsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

*Especificar si el trastorno es de:*

Inicio temprano: cuando se inicia el trastorno antes de los seis años de edad.

hubo ocasión de probar el criterio 5, pero la niña refiere que no se quedaría sola en casa sin sus padres. El criterio n.º 6 es el motivo de consulta desde el inicio. Aunque no se dan en PMM los criterios 4, 7 y 8, se produce un malestar significativo que impide a la niña hacer una vida social normal (pernoctar fuera de casa) y altera el ámbito familiar al tener la madre que quedarse despierta hasta que la niña se duerme.

Hay muchos datos para considerar el tratamiento no farmacológico como la primera opción terapéutica en el TAS<sup>1</sup>. Estudios controlados muestran la eficacia de terapias cognitivo-conductuales, considerándolas como la mejor terapéutica. También hay que considerar la utilidad de otras terapias como son las psicoeducacionales, conductuales, familiares y psicodinámicas, aunque hay muchos menos estudios.

Las técnicas cognitivo-conductuales combinan un acercamiento conductual con la teoría de que la cognición inadecuada es el eje central de la ansiedad. Serían los pensamientos "irracionales" los que desencadenarían las emociones negativas. La identificación de estos pensamientos y su sustitución por otros más adaptativos ayudaría a exponerse a la situación sin ansiedad. La implicación de los padres en las terapias cogni-

tivo-conductuales es fundamental<sup>1</sup>. Se recomienda la terapia familiar, porque en algunos casos los padres pueden comunicar a los hijos los propios miedos sobre la seguridad y autonomía del niño, pudiendo transmitirles mensajes contradictorios, y porque cada vez parece más evidente que "el paciente es la familia".

La farmacoterapia debe usarse junto con la psicoterapia cuando los síntomas no responden a ésta. La decisión de tratar a un niño con fármacos debería basarse en la eficacia de éstos en estudios controlados. Sin embargo, son pocos los estudios que cumplen estos requisitos<sup>1</sup>. Los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, y si éstos fracasan, estaría indicado el uso de antidepresivos tricíclicos. Debido a los efectos adversos y al potencial riesgo de abuso y dependencia, las benzodiazepinas deben usarse con cautela. Los niños que no responden a ninguno de estos tratamientos podrían ser tratados con buspirona. Son necesarios estudios más amplios para valorar la eficacia de los nuevos antidepresivos (venlafaxina, mirtazapina, nefazolona, etc)<sup>1</sup>.

En cuanto a la evolución y al pronóstico, existen estudios longitudinales que correlacionan el TAS de la infancia con

ciertos desórdenes psiquiátricos en el adulto<sup>1,6,7</sup>. Aún no está claro si es un factor de riesgo específico para problemas como el trastorno de ansiedad generalizada o la agorafobia, o si constituye una vulnerabilidad general para padecer

trastornos de ansiedad<sup>1</sup>. También se ha sugerido la posibilidad de que permanezca el mismo trastorno en adultos formando parte de un amplio espectro de trastornos que podrían incluir las crisis de angustia<sup>1</sup>.

---

## Bibliografía

---

1. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. CNS Drugs 2001; 15 (2): 93-104.
2. Blandin N, Parquet PJ, Bailly D. Separation anxiety. Theoretical considerations. Encephale 1994; 20: 121-129.
3. Poulton R, Milne BJ, Craske MG et al. A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. Behav Res Ther 2001; 39: 1395-1410.
4. Craig LD, Vladimir M, John SM. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En: Psiquiatría del niño y del adolescente. D. Parmelee. Harcourt Brace, Barcelona 1998
5. Slattery MJ, Klein DF, Mannuzza S et al. Relationship between separation anxiety disorder, parental disorder and atopic disorders in children: a controlled high study. Am Acad Child & Adolescent Psychiatry 2002; 41 (8): 947-954.
6. Segui J, Salvador L, Canet J et al. Separation anxiety and panic disorder. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1998; 26 (6): 345-50.
7. Marin C. What is the outcome of childhood anxiety in adulthood? Encephale 1998; 24(3): 242-246.



