

TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA (TASI)

DEFINICIÓN Y CONCEPTO

El Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia (TASI) presenta como rasgo característico la ansiedad excesiva en relación con la separación o alejamiento de la madre, de ambos padres o, en general, de cualquier persona a la que el niño se encuentra apegado emocionalmente. En general, existe una implicación patológica entre el niño y estas figuras de apego, de modo que el niño es descrito como de buen carácter y dispuesto a agradar, y se toleran situaciones de sobredependencia del niño. Sin embargo hay a la vez cierta hostilidad, porque esta situación limita la propia capacidad de los padres para realizar actividades de forma independiente del niño, o bien porque afecta a la relación conyugal, y se describe al niño como exigente o demandante de atención constante. También se ha descrito la presencia simultánea de negligencia hacia las necesidades afectivas del niño, sobreprotección y control.

En situaciones en que se produce o se anticipa la separación respecto de las figuras de apego el niño muestra ansiedad, tanto somática (palpitaciones, rubefacción, inquietud, mareos, etc.) como psíquica (miedo a accidentes, enfermedades o sucesos funestos para él o para la figura de apego que pudieran convertir la separación en definitiva).

Esta ansiedad debe ser inapropiada para la etapa del desarrollo en la que se encuentra el niño, y ha de durar al menos 4 semanas.

La negativa a acudir a la escuela, si se traduce en ausencias prolongadas (incluso más de 1 año), puede condicionar problemas académicos, así como dificultades secundarias en las interacciones sociales, tanto con adultos ajenos a la familia como con iguales, al faltar el aprendizaje social que se realiza en la interacción con profesores y compañeros. Dicha problemática, a su vez, cronifica el TASI al sentirse el paciente inseguro de sus capacidades y llevarle a buscar apoyo familiar.

En niños muy pequeños, además de ser más aparatosos los síntomas, es más frecuente que se presente tristeza, aislamiento y problemas de concentración

cuando se separan de sus padres; en cambio, en adolescentes, el síntoma principal es la limitación de actividades independientes con negativa a salir de casa.

La importancia de la detección y tratamiento del TASI radica en su mal pronóstico dejado a su evolución natural sin tratamiento. El trastorno tiende a cronificarse durante varios años, con periodos de exacerbación y de mejoría según la presencia de cambios ambientales o en su desarrollo. Se calcula que un 30-60% de casos siguen presentando problemas adaptativos, trastornos depresivos y ansiosos (sobre todo fóbicos) y dificultades sociales en la edad adulta. En cambio, con tratamiento psicológico pueden mejorar hasta el 95% de los casos en menores de 10 años, aunque la cifra se reduce en niños mayores (probablemente por tener una evolución más larga).

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima una prevalencia de 1-5% entre los niños y adolescentes atendidos en consulta psiquiátrica, y dentro de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, se estima que un 47% son TASI.

POBLACIÓN O EDAD DE RIESGO

En población general parece más frecuente en niñas; en población clínica, por igual.

La edad típica es la prepuberal, si bien hay casos en adolescentes (donde es más relevante el rechazo escolar). La mayoría de los casos tienen menos de 13 años, y el promedio de edad a la que se inicia es 9 años.

También se ha descrito mayor frecuencia en poblaciones con bajo nivel socioeconómico y en culturas cuyos lazos familiares son más estrechos (etnia gitana, medio rural...).

El riesgo de TASI aumenta en presencia de estresores como cambios de escuela o vecindario, muerte o enfermedad de un miembro de la familia, desastres naturales o delitos terroristas vividos de cerca, etc.

También hay un riesgo alto de TASI (en torno al 40%) en hijos de personas con trastornos psiquiátricos, como pacientes depresivos o ansiosos que no pueden proporcionar una base segura a sus hijos o que incluso necesitan a éstos para que les den seguridad, pacientes con trastornos de personalidad que formulen al hijo amenazas de abandono frecuentes, pacientes que lo requieran para su cuidado (p.

ej. somatizadores), o casos que tengan para los hijos un riesgo autolesivo difícil de predecir (depresivos graves, personalidades límite, esquizofrénicos, etc.). Se ha comprobado además que estos casos tienen un peor pronóstico hacia la cronicidad.

Puede existir también mayor riesgo en niños con retraso mental o con problemas de aprendizaje, que se perciben como menos capaces que sus iguales y solicitan durante más tiempo y con más frecuencia los cuidados familiares, lo que dificulta aún más su capacidad de autonomía y acrecienta su inseguridad en caso de faltar dicho apoyo familiar.

NECESIDAD DE UNIDAD DE CRITERIOS

El DSM-IV y la CIE-10 coinciden prácticamente en la descripción del trastorno, si bien la CIE-10 exige que la edad de inicio del TASI sea inferior a los 6 años y se excluye el diagnóstico si los síntomas forman parte de una alteración más amplia de las emociones, el comportamiento o la personalidad.

La duración debe ser al menos de 4 semanas (para excluir estrés agudo ante acontecimientos vitales).

TABLA 1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETECCIÓN Y/O DERIVACIÓN

- Problemas al acostarse para conciliar el sueño, requiriendo presencia de la figura de apego o trasladándose a dormir con la persona de apego en plena noche
 - Resistencia a quedarse solo en casa o a realizar actividades autónomas sin la presencia de los padres: hacer recados, ir solos a algún sitio, dormir en casa de un amigo, ir a un campamento...
 - Presencia de conductas de aferramiento (tipo lapa o sombra) siguiendo de cerca a la figura de apego cuando ésta deambula por la casa
 - Preocupaciones o pesadillas relacionadas con la muerte, enfermedad, accidentes, secuestro, etc. de la figura de apego, o de ellos mismos (si esto significa separarse de dicha figura de apego)
 - Quejas físicas ante la separación de la figura de apego: cefaleas, dolor abdominal, náuseas o vómitos (en adolescentes: palpitaciones, síncope o vértigo)
 - Presencia de ansiedad cuando el niño ha de quedarse solo en la consulta médica sin la presencia de la figura de apego, o ésta sin la presencia del niño
 - Amenazas autolesivas, súplicas o chantaje emocional, rabietas (llanto, gritos, pataleo), etc. cuando la figura de apego anticipa o amenaza con llevar a cabo una separación respecto al niño
 - -Resistencia a asistir al colegio con quejas de trato inadecuado en éste por parte de compañeros o profesores, o excusas de quejas somáticas

TABLA 2. PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

A.- El diagnóstico fundamentalmente se basa en la anamnesis de los signos y síntomas clínicos típicos del trastorno (ver tabla 1).

B.- La recogida de información suele realizarse a partir de los padres, pudiendo aportar también datos otras fuentes, por ejemplo el centro escolar o la consulta de pediatría del niño (ante la dificultad para permanecer en solitario en dichos lugares).

C.- Asimismo, al evaluar al paciente en solitario suele quedar patente la dificultad de éste para quedar a solas con el clínico, lo que se considera un dato más a favor del diagnóstico de TASI.

D.- En general no suelen usarse pruebas psicométricas para ayudar a concretar el diagnóstico o valorar el cambio, y los tests proyectivos suelen mostrar contenidos de miedo e inseguridad ante la autonomía.

E.- Finalmente, es primordial realizar un adecuado diagnóstico diferencial para descartar otras entidades o bien averiguar si existe comorbilidad con otros trastornos que puedan tener implicaciones terapéuticas o pronósticas.

TABLA 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
<p>A.- Frente a ansiedad normal ante transiciones del desarrollo o ante cambios vitales (p. ej. de domicilio): en el TASI la intensidad de la ansiedad es muy alta y produce alteración social grave. Típicamente el TASI se diagnostica en mayores de 6 años (en menores es normal cierto grado de ansiedad de separación)</p> <p>B.- En segundo lugar hay que diferenciar el TASI de otros trastornos con síntomas similares (con los cuales, no obstante, a veces puede haber comorbilidad):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fobia escolar: en el TASI, la ansiedad ante la separación del entorno familiar no se asocia sólo a la asistencia al colegio, sino también a cualquier actividad que sea incompatible con la presencia paterna (p. ej. fiestas o estancias en casa de compañeros), o a que éstos se ausenten de su lado (por viajes, trabajo, etc.). En cambio, los niños con fobia escolar genuina pueden estar tranquilos en lugares diferentes de la escuela, sin necesidad de la presencia de la figura de apego en dichos lugares. En el TASI no hay una situación concreta de la escuela a la que se teme (acoso por compañeros, hiperexigencia de profesores...) como en la fobia escolar genuina ▪ Trastorno de ansiedad excesiva o generalizada: en el TASI la ansiedad se relaciona sólo con las situaciones que suponen separación de la figura de apego (no obstante hay comorbilidad en 20-30% de casos) ▪ Fobias simples o específicas (insectos, oscuridad, etc.): a menudo se asocian al TASI pero en éste el cuadro clínico es más variado e incapacitante para su vida diaria, y típicamente sólo en situaciones de separación de la figura de apego ▪ Fobia social: en el TASI la ansiedad se relaciona con la separación de figuras de apego y no con la exposición a la valoración ajena, y en la fobia social la presencia de figuras de apego no reduce el miedo a dicha exposición ▪ Depresión mayor: aunque las cifras de comorbilidad son altas, el TASI suele preceder a la depresión y es rara la intención suicida (por lo que el suceso tendría de separación) ▪ - Trastornos generalizados del desarrollo o trastornos psicóticos: la ansiedad por separación en estos trastornos es un síntoma accesorio, estando presentes síntomas más típicos de estos trastornos (alteraciones en lenguaje, interacción social, ideas delirantes, etc.) de los que carece el TASI

TABLA 4. ALGORITMO TERAPÉUTICO

Aunque el tratamiento debe individualizarse, haciendo hincapié en los aspectos más relevantes en cada caso (p. ej. terapia familiar si la patología materna favorece o perpetúa el trastorno), a continuación se describen las pautas esenciales:

1) Si bien se han usado clásicamente abordajes psicodinámicos centrados en manejar conflictos de autonomía, separación, autoestima y logro de independencia apropiada a su edad, actualmente es más frecuente usar como primera elección tratamiento conductual consistente en exposición gradual in vivo (desensibilización sistemática) con ayuda de relajación, dirigida por el terapeuta y realizada con ayuda de los padres y del centro escolar. Se realiza refuerzo positivo de los esfuerzos y logros y extinción de las conductas más regresivas.

2) En niños mayores se puede añadir tratamiento cognitivo para reducir la ansiedad anticipatoria y aumentar la duración de la exposición, consistente en solución de problemas, pensamientos de afrontamiento, autoinstrucciones...

3) En caso de fracaso del tratamiento cognitivo-conductual o de graves síntomas ansiosos, se puede asociar imipramina. Las dosis usuales son inicialmente 10 mg en niños hasta 8 años y 25 mg en niños mayores, incrementándose 10-50 mg (según la edad del niño) por semana. Suele haber respuesta con 25-50 mg/día, y ésta suele ser completa en 6-8 semanas, continuándose como mínimo otras 8 semanas más para luego retirar gradualmente. En general, si no hay respuesta con 125 mg/día tampoco suele haberla usando dosis mayores. En tales casos se pueden usar benzodiazepinas, como clonacepam (0,5-2 mg/día) o alprazolam (0,5-6 mg/día), durante periodos que en general deben ser cortos (unas 2-4 semanas). Otros tratamientos con los que se han publicado buenos resultados son buspirona (10 mg/día), fluoxetina (20-30 mg/día) o sulpiride.

4) Además, intervenciones psicoeducativas familiares para que los padres funcionen de coterapeutas, manejando la ansiedad en la exposición del paciente a la separación.

5) Coordinación con el personal escolar para favorecer la integración del niño al centro y extinguir las conductas de evitación. Enseñar a profesores y compañeros cómo manejar situaciones o dudas que se planteen cuando el niño realice la exposición. Controlar la asistencia, especialmente lunes y días después de fiesta o de vacaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
- Anderson JC, Williams S, McGee R, Simeon J. DSM-III disorders in pre-adolescent children. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 69-76.
- Blagg NR. School phobia and its treatment. London: Routledge, 1987.
- Blagg NR, Yule W. The behavioural treatment of school refusal: a comparative study. Behav Res Ther 1984; 22: 119-27.
- Blagg N, Yule W. School phobia. En: Ollendick TH, King NJ, Yule W, editores. International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. New York: Plenum Press, 1994:169-86.
- Echeburúa Odriozola E. Trastornos de ansiedad en la infancia. Primera ed. Madrid: Ediciones Pirámide, 1993.
- Graae F, Milner J, Rizzotto L, Klein RG. Clonazepam in childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33: 372-6.
- Last CG, Hersen , Kazdin AE, Finkelstein R, Strauss CC. Comparison of DSM-III separation anxiety and over-anxious disorders: demographic characteristics and patterns of comorbidity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 517-631.
- Mansdorf IJ, Lukens E. Cognitive-behavioral psychotherapy for separation anxious children exhibiting school phobia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 222-5.
- Tonge B. Separation anxiety disorder. En: Ollendick TH, King NJ, Yule W, editores. International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. New York: Plenum Press, 1994: 145-67.
- Wasserman AL, Whittington PF, Rivara FP. Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27 (2): 179-84.
- Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR. Depression and anxiety disorders in parents and children. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 845-52.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. De Lucas Taracena, Rodríguez Ramos P. Instrumentos de evaluación y diagnóstico en la práctica clínica. En: Mardomingo Sanz MJ (ed.). Trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente. Asociación Castellana de Psiquiatría de la infancia y adolescencia, Madrid, 1999, pp. 47-56.

Partiendo de la diferenciación entre ansiedad normal o propia del desarrollo y ansiedad patológica, realiza una descripción del procedimiento habitual para diagnosticar diversos estados de ansiedad en la infancia, detallando finalmente los instrumentos más utilizados en nuestro medio.

2. Freeman JB, Garcia AM, Leonard HL. Anxiety disorders: Separation anxiety disorder. En: Lewis M (ed.). Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook (3ª edición). Lippincott, Williams y Wilkins, Philadelphia, 2002; pp. 824-825.

En este capítulo lo más destacable son los apartados dedicados a diagnóstico diferencial y comorbilidad, y la descripción de los abordajes psicoterapéuticos según clínica, edad del paciente, etc.

3. Gutiérrez Casares JR, Rey Sánchez F. Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia. En: Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente; Madrid, Smith-Kline-Beecham, 2000; pp. 448-464.

Se trata de una revisión bastante actualizada de los aspectos clínicos y psicoterapéuticos del TASI.

4. Last CG. Trastornos por ansiedad: trastorno por angustia de separación. En: Ollendick TH, Hersen M. Psicopatología infantil. Martínez Roca (Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud), Barcelona, 1993; pp. 259-266.

Ofrece una descripción clínica muy clara y rica sobre los síntomas tan diversos que pueden aparecer en el TASI, diferenciando éstos por edad.