

Trastorno de ansiedad por separación y absentismo escolar

JAVIER DE LAS HERAS

Sección Departamental de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

El trastorno por ansiedad de separación es una de las principales causas de absentismo escolar. Resulta necesario diferenciarlo bien de otros trastornos con características similares que también favorecen el absentismo escolar, como la fobia escolar y otros trastornos de ansiedad, ya que las estrategias terapéuticas, así como el comportamiento de padres y profesores debe seguir orientaciones diferentes en cada caso. La implicación de los profesores en el proceso terapéutico puede ayudar notablemente a disminuir el absentismo escolar y favorecer una mejor evolución del cuadro clínico.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad por separación. Absentismo escolar. Fobia escolar.

ABSTRACT

Separation anxiety disorder is one of the principal motives of school absence. It is necessary to differentiate it well of other disorders with similar characteristics that also favour school absence, like school phobia and other anxiety disorders, because the way of treatment, as teachers and parents behavior, must follow different directions in each case. Teachers implication on the treatment can help a lot on reducing school absence and favour a better clinic evolution.

Keywords: Separation anxiety disorder. School absence. School phobia.

En los niños con menos de tres años de edad es frecuente, al menos en algunas ocasiones, que la separación transitoria de las personas con las que han establecido su apego afectivo principal —generalmente el padre o la madre—, les produzca ciertos miedos y sensación de inseguridad, que se

traducen en algunas manifestaciones de angustia, con síntomas físicos y psíquicos. Cuando esta sintomatología es anormalmente intensa y frecuente, o cuando aparece después de los tres años de edad, cabe pensar que el niño padece un *trastorno de ansiedad por separación*.

Los criterios DSM-IV (A.P.A., 1995) para el diagnóstico de este trastorno exigen la aparición de una ansiedad excesiva o inapropiada al nivel de desarrollo, que no aparezca aisladamente, sino al menos durante cuatro semanas, causando un deterioro y malestar clínicamente significativo. Sólo se puede hablar de trastorno de ansiedad de separación —según la OMS (1992)— cuando su gravedad es de un grado estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia anormal más allá de la edad habitual) y cuando se acompaña de un comportamiento social significativamente restringido.

El trastorno de ansiedad por separación es bastante frecuente en los países desarrollados, pudiéndose calcular que afecta aproximadamente a un 4% de los niños y adolescentes jóvenes. Es más frecuente entre los niños que entre los adolescentes (Masi y cols., 1999), aunque no es tan raro que aparezca por primera vez en la vida adulta. De hecho, en un estudio realizado sobre adultos que lo padecían, se comprobó que éste se inició en la edad adulta en, aproximadamente, un tercio de los casos (Manicavasagar y cols., 1997).

Lo más común es que se inicie sobre los siete u ocho años de edad, aunque muchas veces ya han existido manifestaciones en edades preescolares, en forma de reacciones excesivamente angustiosas ante la separación durante los tres primeros años de edad. Se da igualmente en niños que en niñas, o tal vez un poco más en éstas últimas. Cuando el inicio es más tardío, alrededor de los 11 años, suele tener una presentación y curso más severos (Kaplan y Sadock, 1996).

A pesar de que se trata de un trastorno relativamente frecuente, muchas veces no es detectado ni diagnosticado, tal como sigue ocurriendo con la mayor parte de los trastornos de ansiedad, que a pesar de que se observan con mucha frecuencia en el sector de atención primaria, continúan siendo infradiagnosticados e infratratados (Judd y cols., 1998). En España, aún hoy día, es fácil que este problema pase desapercibido, ya que en no pocos casos es malinterpretado por padres y educadores, que creen que se trata simplemente de niños miedosos, que pretenden llamar la atención, que intentan faltar al colegio o librarse de ciertas obligaciones escolares; o bien, de niños con síntomas y molestias corporales poco persistentes, que se achacan a otras causas mal definidas (De las Heras, 1998).

Por otra parte, las manifestaciones del trastorno pueden ser muy variadas. En algunos casos la sintomatología se limita a uno o dos síntomas físi-

cos, mientras que en otros es muy extensa y variada. Lo más característico es la aparición de intensos síntomas de ansiedad cuando el niño tiene conocimiento de que se va a producir la separación de la persona —o personas— con la que ha establecido el vínculo afectivo principal, acentuándose a medida que se aproxima el momento de la separación. Se trata por tanto de una ansiedad anticipatoria.

Esta ansiedad se va a manifestar por una sensación de nerviosismo y malestar intenso, que suele dar lugar a molestias localizadas en el aparato digestivo. Lo más común es que se produzcan dolores abdominales, que suelen ser difusos, poco localizados, aunque pueden sentirse con gran intensidad. También es corriente que aparezca la sensación de náuseas o de “angustia en el estómago”, que puede dar lugar a vómitos o a “arcadas secas”. Aunque menos frecuentes, también puede haber dolores de cabeza, que suelen reunir las características de las cefaleas tensionales. Estas molestias físicas pueden ser la única manifestación del trastorno, lo cual es típico de algunos niños varones que niegan sentir los miedos y preocupaciones característicos de la separación.

Estos miedos hacen referencia por lo general a la posibilidad de que los padres —o la persona con la que existe el vínculo más fuerte— puedan morir debido a un accidente, principalmente como consecuencia de un accidente de tráfico. Las noticias sobre muertos en accidentes aéreos o en las carreteras pueden tener aquí una cierta influencia. En casos más raros, el peligro de muerte hace referencia a otras situaciones, como atracos, asesinatos, atentados terroristas o grandes catástrofes naturales —terremotos, inundaciones, tornados, etc.—, de las que el niño suele tener noticia a través de lo que oye a otras personas o en la televisión.

Los miedos tienen un cierto componente fantástico, y suelen aparecer por primera vez en un momento en el que el niño se encuentra separado de la persona vinculada. Entonces, se imagina esta posibilidad, con la angustia correspondiente, lo cual les puede impedir dormir o dar lugar a pesadillas en las que aparece con toda nitidez el acontecimiento temido. Cuanto más piensa el niño en esto, más posible le parece, hasta que llega casi al convencimiento de certeza. Cuando, después, vuelve a reunirse con esa persona y comprueba que sus temores eran infundados, el niño se alivia, pero permanece la sensación de que si no se ha producido la muerte, ha sido debido a un especial golpe de fortuna. En lo sucesivo, el miedo, que ya ha quedado establecido, aparecerá siempre que tenga noticia de la separación.

En muchos otros casos, el temor no se refiere a la posibilidad de que los padres puedan morir, sino a que tomen la determinación de marcharse para no volver ya nunca más. Temen que los dejen abandonados en el colegio, o

en la casa de algún amigo o familiar, o en su propio domicilio. Estas fantasías de abandono cobran en ellos una fuerza cada vez más poderosa, pero no suelen comunicárselas ni a sus padres ni a nadie.

De hecho, los adultos ni siquiera consideran esta posibilidad como explicación de que el niño no quiera estar solo en casa, ir al colegio, quedarse a comer allí o que se angustie cuando se retrasa un poco la persona encargada de irle a recoger. Este es también el motivo de que el niño se empeñe con una preocupación característica, en conocer la hora exacta en que volverán a casa, lo irán a buscar —al colegio o a cualquier otro sitio— y de que insista en que no se retrasen ya que cada momento de demora supone para él pasar por una ansiedad mayor.

Los miedos de otros niños se centran en la posibilidad de que alguien pueda raptarles, asesinarles, etc., o bien, en que puedan perderse por la calle y no saber regresar a casa. Estos miedos no se fundamentan en ninguna dificultad real —el niño, por ejemplo, puede conocer perfectamente el camino—, sino que son extensiones de su fantasía en la que, también pueden desempeñar un cierto papel informaciones sobre niños secuestrados en los medios de comunicación, o películas y libros con historias de este tipo o de terror. Estos niños se niegan a ir solos a la calle o a salir con personas que no sean aquellas con las que han establecido el vínculo fundamental.

En los casos de cierta gravedad, el niño se niega rotundamente a ir al colegio o a cualquier otro lugar sin sus padres o la persona vinculada. Si se les obliga decididamente, suelen protestar, llorar, negarse de forma insistente y quejarse de dolores, sobretodo abdominales, que realmente suelen sentir, y que, a la vez, les sirven de justificación. En los niños más mayores es frecuente que se quejen también de dolores de cabeza, mareos, vértigos, palpitaciones y que tengan la sensación de que se van a desmayar.

Es también característico en el periodo previo a la separación, cuando ya es conocida por el niño, que éste se muestre muy nervioso, irritable, e incluso agresivo con la persona que el piensa que decide sobre el hecho de que se vaya a producir o no la separación. En otros casos, su agresividad no se dirige hacia los padres, sino en forma de insultos y reproches sobre personas más lejanas y que en ese momento no se encuentran presentes, a las que juzga responsables de la separación. Puede tratarse de los amigos de los padres que les llaman habitualmente para salir, jefes de los padres que les obligan a trabajar por motivos laborales, directores o tutores de su colegio que sabe han insistido en que asista a clase, etc.

Una vez que saben que la separación es inevitable, insisten en saber exactamente lo que sus padres van a hacer, conocer dónde van a estar y el modo de poder ponerse en contacto con ellos. Si, por ejemplo, los padres se

van sin ellos de viaje, les preguntan sobre su itinerario, los hoteles dónde estarán y su número de teléfono, a las horas en que pueden llamarles, etc. Cuando les llaman se tranquilizan transitoriamente, ya que saben que no han corrido ningún peligro, pero poco después vuelven las fantasías que les hacen temer que les pase alguna desgracia, o que hayan decidido no regresar más a casa.

Estas fantasías hacen que el niño se sienta triste y desgraciado fuera de casa, envidia a otros niños por tener la suerte de poder estar junto a sus padres, muchas veces los hijos de los amigos o familiares con los que le han dejado sus padres, a los que pueden tomar cierta aversión por este motivo. Muchos se sienten abatidos, desinteresados por todo, sin ganas de jugar ni de divertirse con el resto de los niños, incapaces de concentrarse para poder estudiar. Otros alternan a lo largo del día periodos de intranquilidad con otros de normalidad, en los que al haberse distraído con algo se han olvidado del problema.

En las noches de separación es cuando suelen pasar por momentos peores. El niño se acuesta en la cama y antes de dormirse comienza a ser acosado por sus miedos y fantasías, que cada vez aparecen ante sus ojos como más posibles y reales, con lo que se angustia, hasta llegar a la conclusión de que al fin ha ocurrido lo inevitable. Algunos se admiran, cuando al día siguiente saben que sus padres siguen vivos o que han vuelto a casa.

Otras veces los miedos no alcanzan tanto nivel de certeza, pero el niño se siente muy solo, muy desgraciado, añorando extraordinariamente el momento de volver a reunirse con sus padres y acordándose de algunos momentos felices pasados en su compañía. Puede sentir, injustificadamente, que nadie le quiere ni se ocupa de él. Es frecuente que estos niños presenten síntomas más persistentes, característicos de los trastornos infantiles por ansiedad excesiva y depresión o, incluso, la ansiedad por separación puede coexistir con un trastorno depresivo propiamente dicho.

Los miedos y fantasías hacen que muchos niños, especialmente por la noche, comiencen a reflexionar sobre el fenómeno de la muerte en general y sus consecuencias, lo cual suele aumentar su angustia e inseguridad. Algunos hacen difíciles preguntas a los adultos sobre este asunto, ya por el día. Es frecuente el insomnio y el sueño interrumpido por pesadillas, cuyo contenido concuerda con los temores del niño.

El periodo previo al sueño nocturno puede convertirse también en un rato inquietante, en dónde los miedos se concentran en amenazas reales en las que el niño siente que han entrado ladrones o secuestradores en la casa o, si se trata de niños más pequeños, brujas, monstruos, duendes o fantasmas.

Puede llegar a verlos, oírlos o a sentir que les cogen o tocan. En estos casos el miedo altera la sensopercepción en forma de ilusiones, pseudalucinaciones o, incluso, francas alucinaciones.

Las experiencias agravan la ansiedad del niño al estar separado de sus padres, por lo que se niegan a dormir solos en su habitación, insistiendo en dormir junto a uno de los padres. Si no se les permite dormir en el dormitorio paterno, exigen que uno de ellos permanezca a su lado hasta que hayan logrado dormirse. Si se despiertan a media noche les llaman, o bien, se introducen sigilosamente en la cama de los padres. En los casos más graves el niño intenta permanecer también junto a la persona vinculada a lo largo de todo el día, siguiéndole continuamente a cualquier sitio que vaya dentro del domicilio familiar, intentando incluso entrar con él en el cuarto de baño.

Una de las principales consecuencias perniciosas de este trastorno consiste en la ausencia de suficientes relaciones con otros niños de su edad debido al afán de estar siempre al lado de sus padres, y a la negativa a ir a dormir o pasar el día a casa de amigos, etc. Si el trastorno alcanza cierta gravedad el niño puede negarse rotundamente a ir al colegio o faltar frecuentemente a clase. Según Klein y Last (1989), el absentismo escolar está presente en cerca de un 75% de los niños con trastorno de ansiedad de separación, y se presenta este último hasta en el 50-80% de los casos de absentismo escolar, siendo uno de los trastornos que con más frecuencia lo ocasiona (cuadro 1).

Otra causa importante de absentismo académico, con la que a menudo se confunde el trastorno de ansiedad por separación, es la *fobia escolar*, que también es muy frecuente a estas edades, ya que de los 5 a los 12 años, el miedo a la escuela y los miedos relacionados con el sueño son los más frecuentes (Rodríguez-Sacristán, 1995). En ambos casos, el niño se niega a ir al colegio, pero las causas —y por tanto el enfoque pedagógico y terapéutico— son bien distintas.

Cuando se trata de una fobia escolar, el niño solo se resiste a acudir al colegio, no a otros lugares en dónde esté sin sus padres, y por lo general se debe a alguna experiencia angustiosa que ha sufrido allí en relación con los compañeros, los profesores o las calificaciones académicas; aunque existen muchas otras posibilidades, como que sea un síntoma más de una depresión, del trastorno por ansiedad excesiva infantil, etc.

En los casos de fobia escolar, la angustia solamente se desencadena al aproximarse el momento de ir a la escuela, aunque puede estar presente con cierta intensidad en otros momentos del día. Parecen existir dos tipos de fobia escolar. El primero se caracteriza por tener un episodio agudo de recha-

Cuadro 1
Orígenes del absentismo escolar
 (Popper y West, 2000)

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Hacer “novillos” (generalmente asociado al trastorno de conducta)
- Trastornos psiquiátricos que suelen aparecer en la edad adulta:
 - Trastornos del estado de ánimo
 - trastorno depresivo mayor
 - trastorno bipolar
 - Trastornos de ansiedad
 - trastorno por ansiedad excesiva
 - trastorno fóbico
 - trastorno de angustia
 - trastorno obsesivo-compulsivo
 - Trastornos psicóticos manifiestos (raros)

CONFORMIDAD SOCIOCULTURAL:

- Permiso otorgado por la familia (p.ej., de forma abierta o encubierta para permanecer en casa y hacerse cargo de los hermanos, ganar dinero o evitar exámenes)
- Conducta normativa del grupo de compañeros o pandilla (pasar el rato con los compañeros en vez de ir a la escuela)
- Temor realista a las agresiones físicas en escuelas situadas en zonas peligrosas
- Absentismo inducido por medicación (p. ej., propanolol, haloperidol)

zo a la escuela al comenzar la semana de trabajo, los lunes, acompañado de quejas somáticas, como dolores de cabeza, abdominales y vómitos.

El segundo tipo tiene una aparición gradual, con lo que puede aparecer cualquier día de la semana. También parecen detectarse dos tipos diferentes de padres: los que son colaboradores y mantienen una buena relación con sus hijos y los poco colaboradores cuyas relaciones con los hijos son muy malas. El pronóstico de las fobias escolares es mejor entre los hijos de los primeros que de los segundos (Polaino-Lorente, 1984).

En la ansiedad de separación, la negativa a ir al colegio no se relaciona con el colegio en sí mismo, sino con todos los modos de separación más o menos prolongados de la figura vinculada. No obstante, existen otros pun-

tos de concordancia, ya que la fobia escolar, igual que sucede con otras fobias, tiene una serie de repercusiones sobre el niño y su familia que pueden hacer difícil la distinción entre ambos problemas, aunque está claro que se trata de procesos distintos en muchos otros aspectos, como los descritos por Last y cols. (1987) (cuadro 2), o por Kaplan y cols. (1996) (cuadro 3), en relación también con el trastorno de ansiedad generalizada o excesiva infantil, con el que también tiene bastantes características comunes.

Cuadro 2
Diferencias entre trastorno de ansiedad de separación y fobia escolar
(Last y cols., 1987)

	NIÑOS CON:	
	<i>Ansiedad por separación</i>	<i>Fobia escolar</i>
Edad media en la primera consulta	9 años	14 años
Proporción entre sexos	1 niño/2 niñas	2 niños/1 niña
Otros trastornos mentales asociados	92%	63%
Otros trastornos por ansiedad asociados	50%	53%
Trastornos del estado de ánimo asociados	33%	32%
Madre con trastornos por ansiedad	83%	57%
Madre con trastornos del estado de ánimo	63%	14%

Las causas que pueden haber ocasionado el trastorno de ansiedad de separación son bien diversas. En contra de lo que sucede en la inmensa mayoría de los trastornos psicopatológicos infantiles, la familia de estos niños no se suele caracterizar por las malas relaciones entre sus miembros, al contrario, suele tratarse de familias muy unidas, con fuertes vínculos afectivos entre los padres, entre padres e hijos, y también a lo que se refiere a los hijos entre sí. Los padres suelen ser muy responsables y preocuparse mucho de los hijos, a veces excesivamente, dentro de una actitud sobreprotectora. El clima familiar suele ser cálido y acogedor, y se trata de familias muy humanitarias (Kaplan y cols., 1996).

La actitud sobreprotectora se suele acompañar de innumerables advertencias sobre todo tipo de peligros que pueden facilitar que el niño viva el mundo exterior como una amenaza importante y real, tanto para él como para sus padres. Además, uno de los padres —generalmente la madre— puede estar vinculado al niño mediante un tipo de apego poco seguro o an-

Cuadro 3
Diferencias con características comunes de otros trastornos de ansiedad
 (Kaplan y cols., 1996)

<i>Criterios</i>	<i>T. de ansiedad por separación</i>	<i>Fobia social</i>	<i>T. de ansiedad generalizada</i>
Duración mínima para establecer el diagnóstico	Por lo menos 4 semanas	No hay un mínimo	Por lo menos 6 meses
Edad de comienzo	Preescolar a 18 años	No especificada	No especificada
Tensiones que lo precipitan	Separación de figuras paternas importantes, otras pérdidas, viajes	Presiones de participación social con los pares	Exigencias inusuales de rendimiento, alteración de la autoestima, sentimientos de incompetencia
Relaciones con los pares	Buenas cuando no existe de por medio una separación	Tentativas, pero francamente inhibidas	Francamente deseoso de agradar, busca a sus pares y establece relaciones de dependencia
Sueño	Resistencia o negativa a dormir, temor a la oscuridad, pesadillas	A veces dificultad para conciliar el sueño	A veces dificultad para conciliar el sueño
Síntomas psicofisiológicos	Dolor de estómago, náuseas, vómitos, síntomas de tipo gripal, cefaleas, palpitaciones, mareos, desmayo	Rubores, tensión corporal	Dolor de estómago, náuseas, vómitos, sensación de tener algo en la garganta, disnea, mareos, palpitaciones
Diagnóstico diferencial	Trastorno de ansiedad generalizado, esquizofrenia, trastornos depresivos, trastorno de la conducta, trastorno del desarrollo generalizado, trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico y agorafobia	Trastorno de adaptación con depresión del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad borderline	Trastorno de ansiedad por separación, trastorno de hiperactividad con déficit de atención, fobia social, trastorno de adaptación con ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo

sioso, caracterizado por el miedo a que le ocurra algo malo al niño cuando se separa de él, además de que con más frecuencia de lo normal estos padres padecieron a su vez durante la infancia un trastorno de ansiedad por separación.

Esto puede no ser expresado de manera directa al hijo, pero sí en forma de miedos, advertencias y precauciones exageradas en cada una de las sucesivas separaciones, angustia que se trasmite más o menos inconscientemente al hijos. De hecho, este trastorno es más frecuente en los hijos cuya madre padece depresión o cualquier tipo de trastorno de ansiedad, esencialmente por la inseguridad e incertidumbre que se asocia con ambos.

En otros casos, la ansiedad por separación surge en el niño como consecuencia de alguna experiencia traumática durante el periodo de separación, en que el niño se ha sentido muy angustiado y ha echado de menos la ayuda que le hubiese supuesto la presencia de la figura vinculada.

Estas situaciones son muy variables, y abarcan desde la tensión producida por una discusión violenta en un hogar que no es el suyo, a una enfermedad o accidente, o incluso a situaciones más graves, como el abuso sexual. Así, Dykman y cols. (1997) hallaron que el trastorno de ansiedad por separación era el diagnóstico comórbido más frecuente en el 50% de los muchachos que habían padecido abuso sexual y/o físico que desarrollaron un trastorno por estrés postraumático.

Detectar precozmente el trastorno por ansiedad de separación que aparece durante la etapa escolar, resulta imprescindible para evitar el inmenso sufrimiento de estos niños —que frecuentemente pasa inadvertido o mal comprendido por sus propios padres y el resto de los adultos—, así como para evitar las numerosas complicaciones que puede ocasionar a nivel académico y social. Además de que si no se realiza a tiempo un tratamiento oportuno, puede dar lugar a otros trastornos psicopatológicos, especialmente depresivos, fóbicos y de ansiedad, tanto en ese momento como en la posterior edad adulta. Haber padecido un trastorno de ansiedad por separación en la infancia puede favorecer la aparición durante la vida adulta, de agorafobia, trastorno de pánico (Manicavasagar y cols., 1998), trastornos depresivos (Biederman y cols., 1990) y una mayor tendencia a la evitación (Pollack, 1996).

Esta tarea atañe directamente a pediatras y profesores. Los primeros tendrán más posibilidades de detectar aquellos casos en que los síntomas físicos son más llamativos, con lo que es más fácil que los padres recurran al pediatra para que los valore. Los profesores deben sospechar la existencia de un trastorno de ansiedad de separación cuando el niño falta con cierta frecuencia al colegio, se muestra injustificadamente triste, angustiado o an-

sioso en las clases, o en todo momento en que su atención no está sostenida por la actividad, antes de abandonar el colegio (cuando espera que le recojan, especialmente si se retrasan), durante la comida, etc.

Es fácil que para los profesores pueda pasar inadvertido el trastorno, debido a que estos niños suelen ser poco problemáticos, especialmente en el colegio, y no suelen revelar a nadie su problema. Generalmente, son responsables, obedientes, cumplidores, conformistas, colaboradores y con un claro afán por agradar a todo el mundo, respondiendo a lo que los adultos esperan de ellos. Suelen ser más bien tímidos, vergonzosos e inhibidos, características que en algunos ya se pueden observar antes de los tres años de edad (Kagan y cols., 1987).

Ante la sospecha, es importante sostener una conversación con los padres que pueda orientar sobre el posible diagnóstico y sobre las medidas terapéuticas a tomar, en caso de que se juzguen necesarias. Todo tratamiento pasa por implicar en el mismo a los profesores, que deben conocer la orientación y curso del mismo para no tomar decisiones inadecuadas y poder colaborar en beneficio del niño, ya que no es raro que el trastorno tarde en remitir completamente y que existan periodos en los que algunos síntomas reaparezcan, aunque con menor virulencia.

La psicoterapia, que es la principal estrategia terapéutica en estos casos, incluye siempre al niño y a sus padres. Hay que valorar el tipo de apego afectivo que caracteriza los vínculos establecidos dentro de la familia y promover una rectificación en los casos en los que resulta preciso. Aclarar al niño lo que le ocurre y hacerle ver lo infundado de sus fantasías suele producir una rápida mejoría del cuadro clínico.

Se debe procurar que el niño vaya tolerando y abordando paulatinamente situaciones de mayor separación, sin que éstas le supongan una angustia notable. Para lograrlo, hay que tranquilizarle previamente respecto de sus temores, evitar retrasos o cambios de planes por parte de los padres, que puedan alimentar sus temores y permitirle, en las etapas iniciales de tratamiento, estrategias que puedan calmar sus temores. En este sentido, la utilización de teléfonos móviles puede ser de una gran utilidad, ya que le permiten al niño ponerse inmediatamente en contacto con la figura vinculada.

En general, estos niños no tienden a abusar de esta posibilidad, sino que al sentirse más tranquilos sabiendo que disponen de éste modo de contacto inmediato, tienden a despreocuparse e ir utilizándolo cada vez menos. La posibilidad de que los profesores comprendan esta necesidad y no le pongan dificultades, puede ser de una gran ayuda para evitar el absentismo escolar y facilitar una evolución más favorable del cuadro clínico.

El hecho de que al menos un profesor conozca el problema, y esté en todo momento dispuesto a ayudar al niño en caso de que se sienta angustiado, suele tener un poderoso efecto tranquilizante que hace que éste tenga que recurrir rara vez a él. De este modo, se puede lograr evitar el absentismo escolar desde el primer día de tratamiento. No obstante, debe existir un contacto continuado entre el terapeuta y padres y profesores para evitar también, mediante determinadas pautas conductuales, que el niño obtenga beneficios secundarios que podrían alargar el periodo de tratamiento y empeorar el pronóstico.

En algunos casos, es necesario valorar la posibilidad de que uno o ambos padres reciban tratamiento especializado debido a que, tal como se ha dicho más atrás, no es raro que padezcan un trastorno depresivo o de ansiedad. Es característica la presencia de una madre ansiosa, cuya ansiedad se ha visto exacerbada por el trastorno de ansiedad de separación del hijo, cerrándose un círculo vicioso que perjudica a ambos.

Cuando la respuesta al tratamiento es más pobre, y el niño se resiste obstinadamente a aceptar las estrategias terapéuticas, debido a sus altos niveles de ansiedad, o cuando los síntomas depresivos añadidos son ostensibles, puede resultar de utilidad la administración de fármacos ansiolíticos y antidepressivos. No obstante, y pese a que suelen resultar eficaces, su utilización continúa siendo controvertida en niños, debido a la ausencia de suficientes ensayos controlados y a sus potenciales efectos adversos aunque éstos rara vez sean graves (Hawkrigde y Stein, 1998). Por tanto, su utilización o no, dependerá de las características de cada caso individual.

Bibliografía

- A.P.A.: *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona, 1995.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, D. R.: Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47: 21-26, 1990.
- Dykman, R. A., McPherson, B., Ackerman, P. T. et al.: Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. *Integr. Physiol. Behav. Sci.* 32: 62-74, 1997.
- Hawkrigde, S. M. y Stein, D. J.: A risk-benefit assessment of pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescent. *Drug Safety*, 19, 283-297. 1998.
- Heras, J. de las: *Rebeldes con causa*. Espasa, Madrid, 1998.

- Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H. U., Kunovac, J. L.: Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the NCS. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98 (S393), 11, 1998.
- Kagan, J., Reiznick, J. S., Snidman, N.: The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child. Dev.* 58: 1459-1473, 1987.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J.: *Psiquiatría clínica*. Waverly Hipánica S.A., Buenos Aires, 1996.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A.: *Sinopsis de psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1996.
- Klein, R. G., Last, C. G.: *Anxiety disorders in children*. Newbury Park, CA, Sage, 1989.
- Last, C. G., Francis, G., Hersen, M.: Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am. J. Psychiatry.* 144, 653-657, 1987.
- Manica Vasagar, V., Silove, D., Curtis, J.: Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 274-282, 1997.
- Manica Vasagar, V., Silove, D., Hadzi-Pavlovic, D.: Subpopulations of early separation anxiety: relevance to risk of adult anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 48, 181-190, 1998.
- Masi, G., Mucci, G., Favilla, L., Romano, R., Poli, P.: Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescent. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 10-215, 1999.
- OMS: CIE10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor, Madrid, 1992.
- Polaino-Lorente, A.: *Psicología patológica*. UNED, Madrid, 1984.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Sabatino, S., Majcher, D., Worthington, J. J., McARDle, E. T., Rosenbaum, J.: Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *American Journal of Psychiatry.* 153, 376-381, 1996.
- Popper, C., West, S. A.: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En: R. E. Hales, S. C. Yudofsky, J. A. Talbott: *Tratado de psiquiatría*. Masson. Barcelona. 2000.
- Rodríguez-Sacristán, J.: *Psicopatología del niño y del adolescente*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, Sevilla, 1995.